Burtscheidt, Wilhelm
Diss. Düsseldorf
1983

UCSB LIBRARY

Aus dem Lehrstuhl für Psychotherapie
der Universität Düsseldorf

Direktor: o.Prof. Dr. Annelise Heigl-Evers

Psychosomatische Aspekte beim Morbus Crohn: Eine Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur und zum Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität
Düsseldorf
vorgelegt von

Wilhelm Burtscheidt

1983

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof.Dr. Brüster

Referent
gez.: Prof.Dr. Heigl-Evers

Korreferent
gez.: Prof.Dr. Rechenberger

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.0 Vorbemerkung	1
1.1 "Erfahrungsberichte"	3
1.2 Psychiatrische Einzelfalldarstellungen und Berichte über Psychoanalysen	5
1.3 Psychologische Testverfahren	7
1.4 Retrospektiven	10
1.5 Interviews	13
1.5.1 Nicht rekonstruierbare Interviews	13
1.5.2 Standardisierte Interviews	14
1.5.3 Psychiatrische Interviews	17
1.5.4 Psychoanalytisch orientierte Interviews	20
1.6 Zusammenfassung	25
1.7 Psychoanalytische Theorien und Modelle zur Entstehung und zum Verlauf psychosomatischer Erkrankungen	27
2.0 Fragestellung	32
2.1 Grundlagen der Untersuchungsmethode	32
2.2 Zur Frage der Kontrollgruppe	34
2.3 Durchführung der Untersuchung	35
2.3.1 Entstehung der Patientengruppe	35
2.3.1.1 Zur Frage der Repräsentativität der Stichprobe	39
2.3.2 Ausgangssituation des Interviews	40
2.3.3 Durchführung und Verlauf des Interviews	41
2.3.4 Dokumentierung und Aufzeichnung der Interview-ergebnisse; Supervision	43
2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe	44
2.4.1 Soziographische Daten und Angaben zum Krankheits-verlauf	44
2.4.2 Ausbildung / Beruf	44
2.4.3 Lebenssituation	45
2.5 Untersuchungsbefunde	45
2.5.1 Kindheitsgeschichte	45
2.5.2 Ichfunktionsstörungen	50
2.5.2.1 Mangel an Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl	50
2.5.2.2 Unfähigkeit zu adäquat aggressivem Verhalten	53

Seite

2.5.2.3 Einschränkung der Eigenwahrnehmung 53
2.5.2.4 Leiden unter der psychischen Problematik 53
2.5.3 "Alexithymie" 54
2.5.4 Auslösende Situation 55
2.5.5 Umgang mit den eigenen Emotionen 58
2.5.6 Nebenbefunde 59
2.5.6.1 Psychiatrische Diagnosen 59
2.5.6.2 Umgang mit der Krankheit / Einfluß der Erkrankung auf Partnerbeziehungen 59
2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse 60
2.7 Diskussion 63

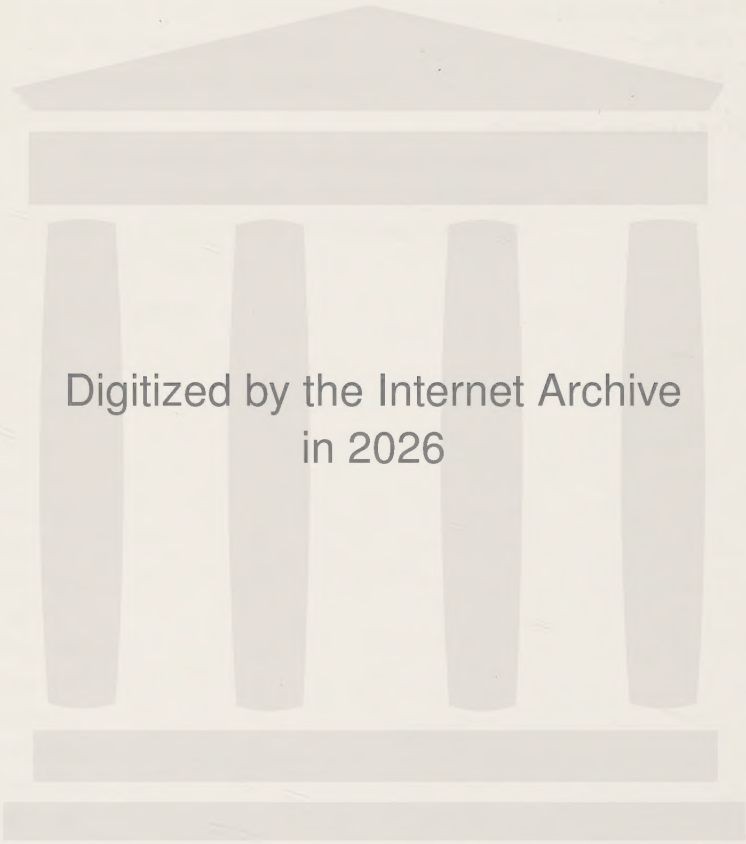
Tabelle I: "Leitsymptom": "Selbstunsicherheit" 66
Tabelle II: "Leitsymptome": "Selbstsicherheit" und "Alexithymie" / "reduzierte Eigenwahrnehmung" 67
Anmerkung zu den Tabellen 68

3.0 Falldarstellungen 69
3.1 Frau P. 69
3.2 Frau S. 72
3.3 Frau Pl. 74
3.4 Frau K. 77
3.5 Frau G. 79
3.6 Frau Schl. 82
3.7 Frau H. 83
3.8 Frau Sp. 85
3.9 Frau Kr. 87
3.10 Frau Schö. 90
3.11 Frau Ku. 91
3.12 Frau F. 92
3.13 Frau B. 94
3.14 Frau Ke. 95
3.15 Herr W. 97
3.16 Herr Ki. 99
3.17 Herr G. 101
3.18 Herr H. 102
3.19 Herr Ha. 105
3.20 Herr S. 107
3.21 Herr Ju. 109
3.22 Herr J. 111
3.23 Herr Go. 113
3.24 Herr Br. 114

Seite

3.25 Herr P. 116
3.26 Herr K. 118
3.27 Herr Pe. 119
3.28 Frau Sch. 121
3.29 Frau Ha. 122
3.30 Frau Kn. 123
3.31 Frau Br. 124
3.32 Frau T. 126
3.33 Frau N. 128
3.34 Frau M. 129

4.0 Literaturverzeichnis 131


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543915_0005

1.0 Vorbemerkung

Der Morbus Crohn ist bisher -vor allem, wenn man die umfangreiche Literatur zur Colitis ulcerosa betrachtet- noch kaum ins Blickfeld psychosomatischer Forschung geraten. Das hat seinen Grund sicher auch in den anfänglichen Schwierigkeiten, das neubeschriebene Krankheitsbild pathologisch und klinisch als Einheit zu definieren, in seiner relativen Seltenheit und in der Problematik seiner Diagnose und seiner Abgrenzug gegen die Colitis ulcerosa.

Den meisten Autoren der vorliegenden Untersuchungen zum Morbus Crohn standen nur sehr kleine Patientengruppen zur Verfügung; die Angaben zur klinischen und histologischen Diagnose, zur Selektierung der Patienten und zur angewandten Untersuchungstechnik fehlen oft vollständig oder sind so vage gehalten, daß der Explorationsprozeß in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar wird. Zudem ist die verwandte psychologische und psychiatrische Nomenklatur keineswegs einheitlich; fast nirgends werden die Kriterien der Diagnosen definiert und erläutert.

Auch wirkt sich grade auf diesem Gebiet die Vorbildung und das Hauptinteresse des Untersuchers ganz eminent aus: Ein Chirurg ist naturgemäß auf andere Dinge fixiert als ein Psychiater und dieser wieder auf andre als ein psychoanalytisch orientierter Arzt: die Tatsache, daß der Chirurg Crohn bei über 700 Patienten in keinem Fall psychische Auffälligkeiten entdecken konnte oder daß ein Psychiater bei den von ihm untersuchten Patienten keinen pathologischen Befund erheben kann, erlaubt keinen andern Schluß als den, daß diese Patienten eben dem Chirurgen und dem Psychiater "normal" erscheinen: offensichtlich ist hier die Untersuchungstechnik inadäquat, dem Gegenstand nicht angemessen.

Auf der anderen Seite gibt es -grade aus der Zeit, da die Ursache der Ileitis regionalis noch völlig im Dunkeln lag und die Autoaggressionsphänomene, die heute zur Erklärung herangezogen werden, noch unbekannt waren- Autoren, die, im Bemühen, eine Psychogenese der Erkrankung zu konstituieren, jeden ihrer Patienten als höchstgradig neurotisch einstuften: Ergebnisse, die heute schwer zu beurteilen sind, zumal -aus methodischen und technischen Gründen durchaus verständlich- kaum je Kontrollgruppen mituntersucht wurden.

Aus all dem ergibt sich, daß nur wenige der vorliegenden Arbeiten untereinander vergleichbar sind und daß sich entsprechend -auch angesichts der kleinen Untersuchungsgruppen- auch keine statistischen Angaben über die Verteilung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale bei Crohn-Patienten aus der Literatur gewinnen lassen.

Die Arbeiten lassen sich -ihrem Grundtenor entsprechend- in zwei Gruppen trennen: in Untersuchungen, die einen wesentlichen psychischen Einfluß auf Manifestation und Verlauf des M. Crohn postulieren, und in solche, die diesen Einfluß verneinen.

Mir schien es sinnvoller, die Arbeiten nach ihrer Untersuchungsmethode zu trennen, um so das Problem des notwendig eingeschränkten Autorenblickwinkels und der adäquaten psychosomatischen Diagnostik näher zu untersuchen und zu illustrieren.

So sind vier Gruppen entstanden, in die die Literatur einzuordnen ist:

(1) die "Erfahrungsberichte" mit der Untergruppe der Berichte über regelrechte Psychoanalysen,
(2) die Verwendung psychologischer Testverfahren,
(3) die retrospektiven Untersuchungen auf der Basis von Krankenakten und schließlich
(4) -als in sich natürlich wieder heterogene Gruppe- die Interviews.

1.1 "Erfahrungsberichte"

Hier fehlen fast durchgängig alle Angaben zur klinischen Diagnose, zu Auswahl und Zahl der Patienten und zur Untersuchungstechnik; oft handelt es sich nur um kurze Abschnitte in internistischen oder chirurgischen Monographien oder Aufsätzen.

Ammann (1964) -ich führe die Autoren in alphabetischer Reihenfolge auf- bezeichnet die Patienten als "psychisch instabil und überempfindlich", ohne daß ein einheitliches Persönlichkeitsmuster existierte; es bestehe kein Anlaß, psychischen Faktoren eine bedeutende Rolle in der Ätiologie zuzusprechen. Crohn (1954) hält zumindest bei "oberflächlicher" Sicht emotionalen stress nicht für einen wichtigen auslösenden Faktor und berichtet (Crohn und Yarnis 1958), von 700 behandelten Patienten sei keiner "psychisch instabiler" gewesen als Kontrollgruppen, er habe keine einheitlichen Persönlichkeitsstrukturen beobachtet und in keinem Fall psychische Vorgänge als Auslöser der Erstmanifestation oder eines Schubes eruieren können.
Der Psychosomatiker Engel (1969) zählt Colitis ulcerosa und M. Crohn unter die "somatopsychisch-psychosomatischen" Krankheiten, bei denen ein primär existenter somatischer Faktor Einfluß auf die Entwicklung spezifischer psychischer Strukturen nehme, die ihrerseits wieder die auslösende Situation definierten. Er sieht in der Persönlichkeitsstruktur (oral abhängig, sehr verletzlich gegenüber narzißtischen Kränkungen) keine Unterschiede zwischen Colitis- und Crohnkranken, schränkt aber ein, er habe noch zuwenig Crohnpatienten gesehen, um eine sichere Beurteilung abgeben zu können. Sein Fachkollege Freyberger (1980) dagegen hält die infantile Abhängigkeit und die narzißtische Vulnerabilität beim M. Crohn für schwächer ausgeprägt als bei der Colitis ulcerosa: die Crohn-Patienten seien wesentlich aggressiver, für eine Psychotherapie sei von ihnen nur die kleine Gruppe der "colitisähnlichen" Crohn-Kranken zu motivieren, während die Masse der "anorektiformen" Patienten sich ihr verweigere. Tatsächlich berichtet der Gynäkologe Gryboski (1968), daß sich bei 11 Mädchen, die unter der Verdachtsdiagnose "Anorexia nervosa" stationär aufgenommen wurden, und deren psychischer Befund dieser Verdachtsdiagnose auch entsprach,

bei 3 eine Ileitis regionalis herausstellte (die leider nur in einem Fall histologisch gesichert wurde: die anderen Diagnosen wurden röntgenologisch begründet). Eine zwölfjährige Patientin wies eine starke, noch infantile Mutterbindung auf, die beiden anderen erkrankten nach dem Wegzug der besten Freundin bzw. nach der Geburt eines unehelichen Kindes der älteren Schwester.

Der Psychiater Ingelfinger (1951, cit. nach Crohn 1958) beschreibt Colitis- und Crohn-Patienten im Vergleich zu Magengeschwürskranken als "weniger stabil und aggressiv" und als stärker belastet mit "psychiatric problems und economic failures" (mit psychiatrischen Problemen und ökonomischen Notlagen).

Kirsner (1978) postuliert einen signifikanten Einfluß von stress und Spannung auf den Krankheitsverlauf. Der Chirurg Kounty (1968) beurteilt 90 % seiner Patienten als "emotonial und ängstlich", spricht 9 (von 70) sogar eine "gewichtige Psychose" zu. Auslösende Ereignisse konnte er in 6 Fällen eruieren (Deportation und Bombardierung im II. Weltkrieg, schwere Geburten, Liebesenttäuschungen).

Der Internist und Psychosomatiker Paulley (1948 und 1949) berichtet von 4 bzw. 11 Patienten, die alle "tief narzißtisch", oral abhängig, unfähig zur Aggression, sexuell unreif, sensitiv, "brooding" und "smug" (grüblerisch und überheblich) gewesen seien und sich in nichts von Colitis ulcerosa-Kranken unterschieden hätten. 1958 betont er die Rolle der Patienten als "peacemaker", die sich seit ihrer Kindheit in der Familie ständig in "sandwich"-Situationen befänden und unter ihrer Rolle als Vermittler entsetzlich litten: diese Situation spiele auch als Auslöser eine wichtige Rolle. (Auslöser hat Paulley bei allen Patienten gefunden.) 1977 bekräftigt er nochmals seine Auffassung von der wesentlichen Determinierung des M. Crohn durch psychische Faktoren. Preel (1973, cit. nach Feline) fand bei 8 von 52 Patienten Objektverlustereignisse als Auslöser und hält in 13 Fällen psychische Faktoren für entscheidend wirksam in der Krankheitsentwicklung. Ward (1954) schließlich spricht diesen Faktoren allenfalls eine modifizierende Wirkung auf den Verlauf zu.

1.2 Psychiatrische Einzelfalldarstellungen und Berichte über Psychoanalysen

-Hier ist natürlich zu berücksichtigen, daß die hier vorgestellten Patienten eine extrem selektierte Gruppe darstellen und es fraglich bleibt, wie repräsentativ sie für die Gesamtgruppe der Crohn-Kranken gelten können.-

Levitan (1978) berichtet über die psychoanalytische Exploration einer 40-jährigen Frau, die bis zum Alter von 29 Jahren an Asthma litt, mit 31, nach der Geburt des zweiten Kindes, ein Duodenalulcus entwickelte, mit 35 aus heiterem Himmel eine Ileumruptur erlitt, wobei bei der Laparotomie der M. Crohn diagnostiziert wurde, und die ein Jahr später an einer Anorexia nervosa erkrankte. Beide Eltern waren Alkoholiker, die sich trennten, als sie 10 Jahre alt war, sie wuchs in Pflegeheimen auf und heiratete mit 20 einen wesentlich älteren Mann. In der Ehe reproduzierte sie viele Züge der elterlichen Ehe. Levitan diskutiert am Beispiel dieses Falles "multipler psychosomatischer Erkrankung" die Konzepte der oralen Störung, der Alexithymie, der gestörten Eigen- und Außenwahrnehmung und der hypothalamischen, vagotonen Fehlregulation.

Mersereau (1963, cit. nach Rein) berichtet über zwei depressive Patienten, bei denen er psychische Ereignisse als Auslöser für Manifestation und Schübe eruieren konnte. Er macht aber keine Aussagen über gemeinsame Persönlichkeitsstrukturen.

Parfitt (1967) behandelte 8 Wochen lang einen stationär in die psychiatrische Abteilung aufgenommenen 29-jährigen Mann, der bis zum Alter von 8 Jahren in einer Einzelkind-Situation als Liebling von Mutter, Großmutter und zweier Tanten aufwuchs, sich, als nach der Heimkehr des Vaters aus dem Krieg Spannungen zwischen den Eltern sich entwickelten, natürlich auf die Seite der Mutter stellte und ein guter, ehrgeiziger Schüler, aber ein schlechter Verlierer war als Kind. Die Ileitis manifestierte sich, als ihn im Alter von 21 Jahren seine Verlobte verließ, was er vor allem als narzißtische Kränkung erlebte. Er blieb dann bis zu seiner Heirat bei der Mutter wohnen, die ihn weiter hätschelte, und erlitt den ersten Schub der Erkrankung an seinem Hochzeitstag. In der Folge wurde er barbituratabhängig: und gleichzeitig abhängig von seiner Frau, die ihm die Drogen zuteilte.

Nach seiner Krankenhausentlassung wurde er über 16 Monate lang gesprächstherapeutisch behandelt, erlitt in dieser Zeit einen neuen Schub, als sein beruflicher Aufstieg mit einem Herzinfarkt des Vaters koinzidierte: die Symptome verschwanden mit der Genesung des Vaters. Nach Beendigung der Therapie gelang ihm der Umzug von zu Hause weg, er blieb in einer follow up-Zeit von 8 Monaten beschwerdefrei. (Leider teilt Parfitt nichts über die internistische Kontrolle des Verlaufs mit, die Diagnose wurde bei einer Laparotomie gestellt.) Die psychiatrische Diagnose lautete: orale Unreife, Schwierigkeiten mit der erwachsenen Männerrolle, zwanghafte Züge.

Riemer (1960) referiert ausführlich über einen 23-jährigen Patienten (die Diagnose wurde bei einer Kolektomie gesichert), der zwanghaft, überhöflich, hypochondrisch, restriktiv gegenüber seinen Emotionen und stark abhängig von seiner Mutter war. Auslösend für den M. Crohn wirkten die Übernahme von Verantwortung, Kritik an ihm selbst, seine Heirat und Wettbewerbssituationen. Der Vater war ein brutaler Wüstling, Spieler und Trinker, der die Mutter prügelte. Der Patient benutzte schon als Kind seine Darmfunktionen als Waffe im Kampf ums Überleben in dieser Lage; mit 8 Jahren plante er sehr realistisch einen Selbstmord nach Art des Harakiri: indem er sich den Bauch aufschlitzen wollte! Riemer deutet das als Ausdruck seiner Aggressionen gegen den eigenen Darm, wobei der Patient vor allem das Ileum als Sitz von Unternehmungskraft und Kampfgeist erlebt habe.

Savitt (1977) berichtet über 3 Langzeitanalysen je eines Patienten mit ulcus pepticum, M. Crohn und Colitis ulcerosa: allen gemeinsam war der Mutterverlust, die Wut auf die "trockene Mutterbrust". Der -die Diagnose wurde röntgenologisch gesichert- Crohn-Patient wurde im Alter von 2 Jahren von der Mutter verlassen, erlebte den Vater nur als kaum existentes Phantom und wuchs bei dessen strenger, zwanghafter Schwester auf. Zum Ausbruch der Erkrankung kam es im Alter von 23 Jahren nach einem enttäuschenden Wiedersehen mit der Mutter.

Melitta Sperling (1960) hatte 3 Jahre lang einen 44-jährigen männlichen Patienten in der Analyse: die Krankheit manifestierte sich beim Eintritt ins College, exacerbierte beim Tod der Mutter und seiner Heirat. Nach Beendigung der Analyse blieb er über

einen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren beschwerdefrei. Er hatte mit zweieinhalb Jahren sauber werden müssen, um die Liebe der Mutter -nach der Geburt eines Bruders- nicht ganz zu verlieren, entwickelte in der Pubertät homosexuelle und anale Tendenzen und erlebte seine Darmkrämpfe als Ausdruck analen Protests gegen ihn frustrierende Objekte und zugleich als Ausdruck des Kampfs um Selbstbeherrschung und Aggressionskontrolle. (Die Art der klinischen Diagnosesicherung ist nicht mitgeteilt.)

1.3 Psychologische Testverfahren

Crohn (1970) unterzog 12 unselektierte Patienten, bei denen die Diagnose röntgenologisch oder chirurgisch gesichert war, dem Wechsler-Intelligenztest, dem Rorschach-Test, dem TAT und einem Early Memory Test: macht aber keine Aussagen über die Ergebnisse. Es steht zu vermuten, daß sie den Befunden aus den parallel durchgeführten Interviews entsprachen (s. dort).

Ford (1969) untersuchte 17 unselektierte Patienten (bei 10 war die Diagnose histologisch, bei 7 aus dem Röntgenbild gestellt) mit dem MMPI. Dabei waren die Werte in den Skalen Hypochondrie, Depression und Hysterie über den Bereich der doppelten Standardabweichung erhöht, es fand sich ein Profil sehr ähnlich dem bei Colitis ulcerosa-Patienten. Er interpretiert diese Befunde als Zeichen ihrer mangelnden Einsicht über ihre persönliche Anpassung, ihrer Gewöhnung an chronische Zustände mangelnder Anpassung und an ihre zahlreichen körperlichen Beschwerden sowie ihrer rigiden, sensitiven und ungeselligen Züge. Frauen waren demnach stärker initiativelos, "brooding" (grüblerisch) und ineffizient; die männlichen Kranken vermehrt auf Wettbewerb hin orientiert und betriebsam, unreif und abhängig.

(Goldberg (1970) (s. unten im Abschnitt "Interviews") legte seinen Patienten das "Middlesex Hospital Questionnaire", einen kurzen Selbsteinschätzungstest zur Erfassung psychoneurotischer Symptome und Züge, vor, macht aber keinerlei Angaben über das Ergebnis dieser Untersuchung.)

Mc Kegney (1970) berichtet über die Ergebnisse einer Untersuchung mit dem Medical Cornell Index bei 19 Crohn- und 21 Colitis ulcerosa-Patienten: die Patienten waren unselektiert , die Diagnose internistisch, röntgenologisch, endoskopisch und -wenn möglich- histologisch gestellt. Dabei ergaben sich zwischen Colitis und M. Crohn keine signifikanten Unterschiede; 33 % der Colitis- und 47 % der Crohn-Patienten erreichten einen Punktwert von größer 31, während bei der Normalpopulation nur 12 bis 26 % solche Werte haben.
"Emotional Disturbances" fanden sich bei diesem Test in 43 % (Colitis ulcerosa) bzw. 47 % (M. Crohn).

Rein (1975) und Willke (1975) untersuchten mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (= FPI) dieselbe Patientengruppe (23 M. Crohn-Kranke -davon 13 Männer- und 20 Patienten mit Colitis ulcerosa -davon 8 Männer-.) Die Diagnose wurde bei allen Colitikern histologisch gestellt; bei 12 M. Crohn-Patienten lag ebenfalls eine histologische Bestätigung der Diagnose vor, 4 wurden intraoperativ diagnostiziert, der Rest röntgenologisch. Das Durchschnittsalter lag um 35 Jahre, in soziographischer Hinsicht unterschieden sich die beiden Krankengruppen weder untereinander noch von der Normalbevölkerung. Allerdings waren auffällig viele Patienten ledig: 9 mit M. Crohn und 7 mit Colitis. In der M. Crohn-Gruppe gab es 5 Einzelkinder, 6 älteste und 6 jüngste Kinder, bei den Colitikern ebenfalls 5 Einzelkinder und 6 älteste sowie 4 jüngste Kinder.
Die Patienten waren nicht selektiert, die meisten wurden -mit einer positiven Resonanz von 70 %!- mit der Bitte um Teilnahme an der Untersuchung angeschrieben.
Willke fand im FPI keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit Colitis ulcerosa und M. Crohn; gleichzeitig ließ er den v.-Zerssen-Fragebogen zur Fremdeinschätzung des Patienten vor Ausbruch der Krankheit ausfüllen und wertete daraus die Fragen aus, die den "Typus melancholicus Tellenbach" repräsentieren: Ordentlichkeit, übertriebene Forderungen an sich selbst und symbiotische Tendenzen. Als Kontrollgruppe dienten dabei 31 stationär behandelte Patienten mit endogener Depression: In der Auswertung entsprachen die depressiven Patienten dem "Typus melancholicus" am wenigsten, die Crohn-Kranken am stärksten,

während die Ergebnisse bei den Colitikern in der Mitte zwischen beiden Gruppen lagen.
Rein faßte Colitiker und Crohn-Patienten in eine Gruppe zusammen und stellte ihr eine Kontrollgruppe von 17 (davon 7 Männer) nicht-psychosomatischen Patienten mit entsprechender Altersstruktur gegenüber. Dabei verrechnete er die Ergebnisse des FPI nach Geschlechtern getrennt: signifikant differente Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielten dabei nur die weiblichen Patienten: und zwar in den Skalen Gelassenheit -wo die Ergebnisse niedriger lagen- und Gehemmtheit -wo sie höher waren. Nach Reins Interpretation dieser Befunde leiden also Frauen mit entzündlichen Darmerkrankungen signifikant stärker unter Mangel an Selbstvertrauen, sie sind schlechter gelaunt, gespannter und gehemmt.
Er diskutiert allerdings nicht die Frage, ob diese Ergebnisse nicht als sekundär, als Krankheitsfolge, zu werten sind.

Sheffield (1976) schließlich untersuchte 28 histologisch gesicherte unselektierte Patienten -er bemühte sich, alle Patienten in der Region Flyde zu erfassen-. 8 davon waren männlich, das Durchschnittsalter lag bei 43,5 Jahren, die durchschnittliche Krankheitsdauer bei 9 Jahren. 10 der Patienten befanden sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, 7 waren davon schon ein oder mehrmals stationär in der Psychiatrie aufgenommen worden. Die psychiatrischen Diagnosen lauteten: neurotische Depression in 8, psychotische Depression in einem Fall, einmal Manie, siebenmal hysterische Züge; viermal kam es zu Suizidversuchen mit Gift, einmal zur Selbstverstümmelung; in einem Fall bestand Drogensucht. 7 Patienten wurden als abhängig, 7 als unreif, 6 als zwanghaft, 6 als unfähig, ihren Emotionen Ausdruck zu geben, beurteilt.
Es wurden drei Kontrollgruppen mituntersucht: 60 ambulante Patienten, die im Mittel 8 Jahre an einer chronischen Krankheit litten und unterteilt wurden in 43 "Psychosomatiker" (die Gruppe umfaßte Asthmatiker, Diabetiker, essentielle Hypertoniker, Patienten mit chronischen Thrombosen, mit Duodenalulcera, mit rheumatischer Arthritis und Thyreotoxikose sowie Colitis ulcerosa) und 17 Patienten mit somatischen Krankheiten (Herzfehler, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts und der Niere) und 100 Patienten mit Überweisungsdiagnose Neurose.

Alle diese Patienten wurden dem Manifest Anxiety Scale und dem Eysenck Personality Inventary unterzogen: dabei ergaben sich keine Unterschiede zwischen psychiatrisch behandelten und anderen Crohn-Patienten; in den ausgewerteten Skalen Extraversion, Neurotizismus und Lügenscore lagen die Neurotiker signifikant höher als alle anderen Gruppen, die Crohn-Kranken unterschieden sich nicht signifikant von den psychosomatischen Patienten; ihre Werte waren aber signifikant erhöht gegenüber den chronischen somatischen Patienten und signifikant niedriger als die der neurotischen Patienten.
Als Nebenbefund ergab sich aus den Anamnesen der psychiatrisch behandelten Crohn-Patienten und der psychosomatisch Erkrankten, daß sie ihre körperlichen Symptome oft als Mittel einsetzten, um ihre Partner oder ihre Familie zu dominieren, während das Auftreten der Beschwerden weniger häufig mit psychischem stress korreliert war.

1.4 Retrospektiven

Drei Arbeiten stützen sich auf internistisches oder chirurgisches Archivmaterial:

Stewart (1949) wertete die Krankenakten von 92 im Zeitraum von 1940-48 behandelten Patienten aus, wobei sich das vorgefundene Informationsmaterial in der Regel "als ausreichend" erwies. Er stellt eine Gruppe von 57 Fällen, in denen die Diagnose histologisch oder nach klinischen Kriterien gesichert werden konnte oder in denen gleichzeitig eine Ileitis regionalis und eine Colitis ulcerosa bestand (die man heute also ebenfalls als M. Crohn diagnostizieren würde) einer Gruppe von 25 Patienten gegenüber, bei denen sich die anfängliche Verdachtsdiagnose später als falsch oder höchst unwahrscheinlich herausstellte. "Signifikant pathologische" Befunde (ein nicht näher definierter Begriff) fanden sich allein nach dem Studium der Akten bei 20 der 27 histologisch gesicherten M. Crohn-Fälle, bei allen 10 Patienten mit Ileitis und Colitis und bei 16 der 20 nur internistisch diagnostizierten Fälle: insgesamt also in 46 von 57 Fällen gegenüber nur 4 bei falsch oder wahrscheinlich falsch diagnostizierten Patienten.

Näher untersucht wurden die 27 histologisch gesicherten Patienten mit Ileitis regionalis: Stewart teilt sie -leider definiert er nirgends seine Beurteilungskriterien- in drei Gruppen ein: die erste umfaßt 7 Fälle, in denen aus den vorhandenen Informationen kein Hinweis auf psychopathologische Strukturen zu erhalten war, die 2. e 3, in denen ein psychopathologischer Befund zu vermuten war, der wahrscheinlich "eine gewisse Rolle" im Krankheitsgeschehen spielte, die 3. e 17, bei denen diese Befunde "sehr prominent" waren und "wahrscheinlich eine Rolle bei der Genese der Erkrankung" gespielt hatten. Die zweite Gruppe bestand aus einem abhängigen, zwanghaften 30-jährigen Mann, der seine starke Aggressivität nicht ausdrücken konnte, einem nervösen, angespannt wirkenden Mann, der trotz seiner "offensichtlichen" Abhängigkeitstendenzen fremde Hilfe nicht annehmen konnte und einem 17-jährigen Mädchen, das als nervös, leicht erregbar, fordernd und unkooperativ beschrieben wurde. Über die dritte Gruppe teilt Stewart nur sehr ungenügende Einzelheiten mit: 8 wurden während ihres stationären Aufenthaltes psychiatrisch untersucht, 7 auch psychiatrisch behandelt, einer in der Folge stationär aufgenommen, 7 interviewte Stewart im Zug seiner Untersuchung. Bei allen 17 waren Ausbruch und Exacerbationen der Ileitis mit psychischen Ereignissen zeitlich korreliert, alle 17 zeigten offen ihre Angst und litten an Gefühlen unterdrückter Wut. Alle hatten das Bedürfnis nach Abhängigkeit. Stewart teilt vier kurze Fallgeschichten (es handelt sich um 4 männliche Patienten) mit, die diese Konstellation Wunsch nach geschützter Abhängigkeit/unterdrückte Aggression zum Teil drastisch illustrieren.

Whybrow (1968) wählte aus den Patientenunterlagen der Jahre 1952-64 39 aus, bei denen die Diagnose histologisch, aus Operationsmaterial und zusätzlich unter Umständen röntgenologisch gesichert war. Seine Quellen bestanden aus Überweisungsbriefen, Berichten von Sozialarbeitern und Schwestern und der Korrespondenz mit auswärtigen Ärzten. 19 der Patienten waren weiblich, das Duchschnittsalter lag bei 32 Jahren, die mittlere Krankheitsdauer betrug etwa 2 Jahre. Der Beobachtungszeitraum betrug im Mittel ungefähr 4 Jahre. Das vorhandene Informationsmaterial war "dürftig" bei 5 Kranken, "gut" bei 22 -darunter 10, die

schon einmal psychiatrisch untersucht worden waren. Im weiteren Verlauf wurden 3 Patienten wegen Angstzuständen, Depression und Psychose hospitalisiert, einer wegen einer depressiven Symptomatik ambulant behandelt. "Emotional disturbances" (emotionale Störungen) nicht näher definierter Art fanden sich bei 62,5 %, in einem Drittel der Fälle bestanden schon vor dem Ausbruch der Krankheit Angst und langdauernde Probleme in Objektbeziehungen. Auslösende Ereignisse waren in 64 % eruiert worden: in 8 Fällen manifestierte sich der M. Crohn nach Todesfällen nahestehender Menschen; weitere auslösende Situationen waren Prüfungen, der Auszug aus dem Elternhaus, Eheprobleme, die Übernahme erhöhter Veranwortung im Beruf. Bei vielen Patienten ließ sich ein solches Ereignis konstant für fast jeden Schub nachweisen. 7 Patienten imponierten vor allem als ängstlich, 15 als depressiv: diese depressive Reaktion war nicht mit der Anzahl der Operationen beim einzelnen Patienten korreliert, wohl aber mit der Krankheitsdauer und der Corticosteroidmedikation. Regressive Verhaltensweisen wie "Quengeln" und "Fordern" wurden in 41 % vermerkt; einige Patienten reagierten eher passiv-abhängig; 2 waren opiatsüchtig, 3 konnten als Alkoholiker bezeichnet werden.
In der Diskussion seiner Ergebnisse lehnt Whybrow die Hypothesen einer Psychogenese des M. Crohn ab und spricht die Frage der mangelnden Spezifität dieser Befunde für den M. Crohn und das Problem, wieweit die Depressivität der Kranken nicht auch als Folge der körperlichen Erkrankung zu interpretieren sei, an.

Mc Kegney (1970) wertete in der ersten Phase seiner Untersuchung ("Phase 2" s. unten im Abschnitt "Interviews") die Krankenakten von 36 Crohn- und 47 Colitis ulcerosa-Patienten aus, bei denen die Diagnose aus dem klinischen Verlauf, der Koloskopie, röntgenologischen Befunden und, wenn möglich, histologisch gestellt worden war. Zwischen den beiden Gruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede; eine psychiatrische Diagnose -meist handelte es sich um die einer "character disorder" (Charakterstörung)- war in beiden Gruppen in 53 % der Akten vermerkt; bei 64 % der Crohnfälle (62 % Colitis) fanden sich in einem Zeitraum von 6 Monaten vor dem Ausbruch der Erkrankung "klardefinierte ernste Krisen" -in der Regel Trennungssituationen

oder berufliche Veränderungen- in der Anamnese; bei 69 % der Crohn- und 60 % der Colitiskranken war das Elternhaus zum Zeitpunkt der Krankheitsmanifestation "nicht intakt".

1.5. Interviews

Wie ich in meiner Vorbemerkung erwähnte, ist der Explorationsprozeß (die Art des Interviews also, die Fragestellung und nicht zuletzt das Verhalten des Interviewers dem Patienten gegenüber) in den meisten Fällen gar nicht oder so vage beschrieben, daß der Untersuchungsprozeß kaum nachvollziehbar wird. Bezeichnenderweise werden so auch fast von keinem Autor Übertragungsphänomene beschrieben: Aussagen über den Eindruck, den der Patient auf den Untersucher machte, über beider Verhalten und ihre wechselseitigen Reaktionen aufeinander.

Ich habe versucht, die Arbeiten in 4 Gruppen zusammenzufassen: wobei ich für die Zuordnung der einzelnen Studie oft auf schwache Anhaltspunkte wie den Titel, Fachrichtung des Autors oder seine Nomenklatur angewiesen war. Ich unterteile also in Arbeiten, bei denen der Untersuchungsgang überhaupt nicht zu rekonstruieren ist, in solche, bei denen standardisierte Interviews eingesetzt wurden, sowie in psychiatrische und "psychoanalytisch orientierte" Untersuchungen.

1.5.1 Nicht rekonstruierbare Interviews

Blackburn (1939, cit. nach Crohn, 1958, und Rein) fand bei 22 Patienten keine charakteristischen psychischen Auffälligkeiten, kein einheitliches Persönlichkeitsmuster, keine auslösenden Ereignisse. Angstzustände eruierte er in 4 Fällen, führte aber alle psychischen Veränderungen der Patienten auf die körperliche Erkrankung zurück.

Bockus (1945) untersuchte -ohne weitere Angaben zu machen- 19 Patienten, von denen "viele" "emotional, sensitiv und leicht erregbar" waren, und nur "wenige" "ruhig und phlegmatisch". "Wenigstens" 4 von ihnen beurteilte er als "ernstlich psychoneurotisch", 2 befanden sich wegen einer Neurose für mehr als

ein Jahr in Therapie; 1 Patient entwickelte ein Jahr nach Diagnose des M. Crohn eine Dementia praecox. Prominent im Bild dieser Kranken waren für Bockus Angst und emotionale Unreife: diese Züge seien stärker ausgeprägt als bei der Colitis ulcerosa.

Willke (1975) (zur Zusammensetzung seiner Patientengruppe s. oben im Abschnitt "Testverfahren") führte mit seinen Patienten ein semistrukturiertes Interview von 1 bis 2 Stunden Dauer, in dem er eine ausführliche internistische Anamnese erhob und die Lebensgeschichte zu eruieren versuchte: er teilt über seine Funde nur wenig mit: bei 35 % der Crohn- und 50 % der Colitis-Patienten fand er auslösende Ereignisse in Form von Objektverlusten vor Erstmanifestation oder Schub der Erkrankung; "längere Konflikte" in der Biographie fanden sich bei 90 % der Colitiker und 50 % der Crohn-Kranken.

1.5.2 Standardisierte Interviews

Goldberg (1970) interviewte über den Zeitraum eines Jahres eine Gruppe von 80 internistischen Patienten immer dann, wenn diese die gastroenterologische Ambulanz besuchten. Die Gruppe bestand aus 46 Patienten, die an idiopathischer Sprue litten, aus 23 mit M. Crohn und 11 mit Alactasie. Die Interviews gliederten sich in einen unstrukturierten psychiatrischen Teil, in dem der biographische Hintergrund aufgehellt werden sollte, und einen strukturierten Teil, in dem einmal Informationen zum Befinden des Patienten in der vergangenen Woche erfragt wurden (somatische Symptome, Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Depressionen, Angstgefühle, Phobien und Depersonalisationsgefühle) und zum anderen "abnorme" Verhaltensweisen untersucht wurden: Apathie, Mißtrauen, theatralisches Gehabe, Depression, Angst, Hysterie, emotionale Verflachung, intellektuelle Beeinträchtigungen, depressive Gedankeninhalte und Hypochondrie. Jeder dieser Begriffe war mit Punkten von 1-5 zu bewerten, aufgrund der so gewonnenen Ergebnisse wurde dann die Diagnose "psychisch krank" gestellt. Über den gesamten Beobachtungszeitraum "psychiatrisch krank" waren 17 % der Sprue- und Crohn-Kranken und 18 % der Alactasiepatienten. "Manchmal" waren 17 % (Sprue), 9 % (M. Crohn) und 27 % (Alactasie) betroffen, nie 30 % (Sprue), 17 % (M. Crohn)

und 6 % (Alactasie). Diese Befunde waren eng korreliert mit der Anzahl der täglichen Stuhlentleerungen und mit dem Leiden der Kranken unter ihrem Durchfall. Depressiv -Kriterium für die Diagnose war, daß der Zustand wenigstens 24 Stunden anhielt und "ohne offensichtlichen äußeren Grund" auftrat- waren nur 4 % der Crohn-Patienten (42 bzw. 27 % bei Sprue und Alactasie); als "euthym" wurden 74 % beurteilt (gegenüber 52 bzw. 73 %). 52 % der Crohn-Kranken konnten ihre Aggressionen nicht ausdrücken, 76 % zeigten zwanghafte Züge; Abhängigkeit und emotionale Unreife wurden nicht beurteilt.

Hislop (1974) unterzog bei seiner Suche nach auslösenden Ereignissen 35 Patienten mit Colitis ulcerösa und 15 mit M. Crohn einem standardisierten Interview. Nur 3 der Crohn-Patienten waren männlich, das Durchschnittsalter der 15 Männer in der Gesamtgruppe betrug 43, das der weiblichen Darmkranken 38 Jahre. Im Mittel bestand die Erkrankung seit etwa 3 Jahren. Alle Colitisdiagnosen und 7 Crohndiagnosen waren histologisch gesichert, 5 Crohnfälle durch Laparatomie, 3 klinisch und röntgenologisch. Besucher der chirurgischen Ambulanz dienten als "matched" Kontrollgruppe. Gefragt wurde nach Todesfällen und lebensgefährlichen Erkrankungen in der Familie des Patienten, nach Heiraten und Ehescheidungen, Schwangerschaften und Geburten im Jahr vor dem Beginn der Krankheit. Bei der Mitteilung der Ergebnisse differenziert Hislop nicht zwischen Crohn und Colitis und teilt nichts über die Reaktionen der Patienten auf diese Ereignisse mit. Alle diese Situationen fanden sich signifikant und in der Regel wesentlich häufiger als in der Kontrollgruppe: im einzelnen hatten dreizehn Patienten im engeren Familienkreis Tod oder lebensgefährliche Erkrankungen -in der Regel der Elternerlebt, 6 hatten geheiratet, 1 war von seinem Partner verlassen worden, neunmal kam es zu Schwangerschaften oder Geburten, eine Patientin fürchtete, ungewollt schwanger zu sein. In 4 Fällen hatten Umzüge stattgefunden, in 5 Fällen Veränderungen der beruflichen Situation des Patienten (Beförderung wie Abstieg). Zweimal brach die Krankheit nach Einweisung der Mutter der Patienten ins Altersheim aus, in 9 Fällen nach schweren Familienkrisen wie Diebstahlsvergehen eines Sohnes, Wegzug, Ausreißen oder unehelicher Schwangerschaft der Töchter.

Der mittlere Zeitraum zwischen auslösendem Ereignis und Krankheitsbeginn betrug 3 Monate, oft kam es zu einer Häufung als auslösend betrachteter Situationen.
Hislop selbst betrachtet diese Lebensereignisse als "notwendige aber nicht hinreichende Bedingungen" der Erkrankungsmanifestation; mir scheint die Interpretation der Befunde dadurch sehr erschwert, daß er keinerlei Angaben zum Erleben der Patienten in diesen Krisenlagen und zu ihrer eigenen Einstellung zu einem Zusammenhang zwischen Ereignis und Auslöser macht.

Mc Kegney (1970) strukturierte nach Auswertung der ersten, retrospektiven Phase seiner Untersuchung (Ergebnisse s. oben, unter "Retrospektiven") ein einstündiges Interview, mit dem er 21 Colitiker und 19 Crohn-Patienten untersuchte. Die Diagnose war klinisch, endoskopisch, röntgenologisch und, wenn verfügbar, histologisch gesichert. (Über die Ergebnisse des gleichzeitig durchgeführten Tests mit dem Cornell Medical Index s. oben: "Testverfahren".) Die Interviews bestätigten die Befunde der Aktenauswertung: wieder fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Colitis- und Crohn-Kranken. Eine psychiatrische Diagnose -meist im Sinne einer "character disorder" (Charakterstörung)- wurde bei 38 % (Colitis) bzw. 47 % (M. Crohn) gestellt, in 86 % (Colitis) bzw. 68 % (M. Crohn) fanden sich auslösende Ereignisse -in der Regel Objektverluste und Berufswechsel-. Nach den klinischen Einschätzungen der Untersucher litten 43 % der Colitiker und 47 % der Crohn-Patienten an einer "mäßigen bis schweren" "emotional disturbance" (emotionalen Störung), die eng mit dem Schweregrad der Krankheit korreliert war und im Krankheitsverlauf nach Meinung der Untersucher auch ihre Ursache hatte.

Mary Monk (1970) erfaßte alle von Oktober 1960 bis Dezember 1963 in Baltimore hospitalisierten Patienten der Region, die älter als 20 Jahre waren. Die Untersuchungsgruppe bestand aus 193 Colitis ulcerosa- und 95 Crohn-Patienten; als Kontrollgruppe dienten 130 unter der Diagnose "Colon irritabile" hospitalisierte Patienten und 919 Repräsentanten der Normalbevölkerung. Das vollstandardisierte Interview von etwa eineinhalb Stunden Dauer wurde in der Wohnung der Patienten von Laienbefragerinnen durchgeführt, die weder medizinisch noch psycholo-

gisch ausgebildet und über Diagnose und Fragestellung nicht unterrichtet waren. Das Interview erlaubte keine Beurteilung der Persönlichkeit des Probanden; in allen erfragten Themengebieten (Zusammensetzung der Familie in der Kindheit, Tod der Eltern in Kindheit und Pubertät, vertikaler sozialer Aufstieg, Erreichung des angestrebten Berufsziels, Ehehäufigkeit, kulturelle und religiöse Unterschiede zwischen den Probanden und ihren Ehepartnern, soziale und geographische Mobilität, Verhältnis zu den Eltern) fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den 4 Gruppen: auch nicht, was auslösende Ereignisse (es wurden insgesamt 9 ermittelt) angeht.
Die Autorin diskutiert allerdings selbst die möglichen Unzulänglichkeiten der Methodik.

Paulley (1971) befragte mittels eines per Post verschickten Fragebogens 39 -von insgesamt 40- Patienten, die bis zu 18 Jahre lang in seiner internistischen Therapie gewesen waren. Er referiert die Ergebnisse nur kursorisch, ohne weitere Einzelheiten und Zahlen anzugeben: Crohn-Patienten seien weniger "fordernd abhängig" und weniger "querolous" als Colitiker, deshalb auch bei Pflegern und Ärzten in der Regel weit beliebter; wie die Colitiker vermieden sie Streit und aggressiv gefärbte Situationen, agierten aber -statt sich nur passiv "herauszuhalten"- oft als aktive Schlichter, als "peacemaker". Auslösend für Erstmanifestation oder Schub sei bei beiden Krankheiten meist ein verbaler Insult; die Crohn-Kranken scheiterten in der Regel an ihrer "peacemaker" (Friedensstifter, Mittler)-Rolle (vor allem als Mittler zwischen den Eltern).
Paulley betont die Bedeutung einer die internistische Behandlung begleitenden Psychotherapie.

1.5.3 Psychiatrische Interviews

-Mit der Differenzierung "psychiatrische" versus "psychoanalytisch orientierte" Interviews beziehe ich mich einmal auf unterschiedliche Auffassungen und Konzepte vom Wesen psychischer Krankheiten und zum anderen auf die daraus jeweils entwickelten Untersuchungs- und Explorationstechniken: hier steht im "reinen" Fall das relativ direktive und sturkturierte psychiatrische Gespräch dem psychoanalytischen Erstinterview gegenüber, wie

es etwa Argelander beschrieben hat. Natürlich "überlappen" sich im Einzelfall -je nach wissenschaftlicher Orientierung des Autors- beide Konzepte und Gesprächstechniken; da die Autoren ihre Methodik und ihren Standpunkt selten klar definieren, habe ich mich bei der Klassifizierung der Arbeiten meist nach Indizien wie dem Titel der Arbeit, der Fachrichtung des Verfassers und der benutzten Nomenklatur richten müssen.-

Crocket (1952) unterzog 16 Patienten -bei allen war die Diagnose durch eine Operation gesichert- einem einstündigen psychiatrischen Routineinterview. Er fand in 9 Fällen chronische Angstzustände im Erwachsenenalter und in 8 Fällen im Kindesalter: er meint aber, daß diese Befunde dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprächen. Nur 5 Patienten erkannten subjektiv einen Zusammenhang zwischen emotionalem stress und dem Krankheitsverlauf; es ließen sich keine gemeinsamen Persönlichkeitsmerkmale ermitteln, die zur Postulierung eines "Crohn-Typs" berechtigt hätten; weder Abhängigkeit noch emotionale Unreife noch zwanghafte Züge wurden auffällig: was, wie Crocket selbst bemerkt, seine Ursache eben in der Untersuchungstechnik haben kann.

Feldmann (1967) untersuchte 19 Patienten -er macht keine Angaben zur klinischen Diagnose- mit je 2 psychiatrischen Interviews, die nach einem Persönlichkeitsbewertungsschema ausgewertet wurden, das 65 items, die jeweils mit Punkten von 1-5 bewertet wurden, unter folgenden Oberbegriffen umfaßte: "Ichstärke, Abwehr, Agieren, Abhängigkeit, äußere Probleme, Einsichtsfähigkeit, Reaktion auf die Erkrankung, Gedankeninhalt, Angst, Depression, Verhältnis zu Eltern und Geschwistern, psychosomatische Prozesse (wie z. B. "symptom-shifting")". 17 der 19 Patienten wurden nach dieser Auswertung als "normal" beschrieben; es wurden bei 40 Erstmanifestationen oder Schüben der Erkrankung nur 2 auslösende Situationen eruiert, es fanden sich keine Kernkonflikte, die im körperlichen Symptom ihren symbolischen Ausdruck gefunden hätten.
Folgerichtig referiert Feldmann die Befunde bei der mituntersuchten Kontrollgruppe gar nicht erst noch.

Feline (1979) untersuchte 13 (davon 8 Frauen) unselektierte internistische Patienten -er macht keine Angaben zur Sicherung

der Diagnose- psychiatrisch (er betont ausdrücklich, kein Psychosomatiker zu sein). 3 beurteilte er als "gut strukturierte Persönlichkeiten", 4 als zwanghaft, einen als narzißtisch und 5 -darunter 4 Frauen- als passiv und abhängig; 4 Frauen erlitten im akuten Krankheitsschub ein "depressiv ängstliches Syndrom"; 7 wurden psychometrisch untersucht -er macht keine Aussagen über die Methode-, wobei sich aber keine Konkordanz zwischen Testergebnissen und Interviewbefunden ergab. Eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur ließ sich nicht ermitteln, auch nicht die "Armut der Phantasie und die Abwesenheit von Geistesprozessen", wie Patienten mit Colon irritabile sie nach Erfahrung der Autoren aufweisen.

Jost (1968) in seiner Dissertation -Langen (1969) referiert die Ergebnisse der Arbeit ausführlich- ging von der Hypothese aus, daß zur Einordnung einer Krankheit als "psychosomatisch" psychische Faktoren mit einer vorhandenen "vegetativen Labilität" verbunden sein müssen. Diese vegetative Labilität gliedere sich in eine "tractus (=organ-)-gebundene" und eine "allgemeine" Form, die sich in Erröten, gesteigerten Reflexen, Schwitzen und Kopfschmerzen äußere. Der Ort der zugrundeliegenden Fehlregulation werde im limbischen System vermutet, entsprechend sei diese Labilität oft mit einer "Überempfindlichkeit der Sinnespforten" assoziiert. Es wurden 15 Patienten -alle operiert, 10 davon männlich- auf nicht näher beschriebene Art untersucht: nur 3 von ihnen waren nicht "vegetativ labil", sie mußten alle innerhalb der ersten 2 bis 4 Tage nach der Erstmanifestation der Krankheit notoperiert werden. Bei den vegetativ labilen Patienten ließen sich in 2 Fällen "Grundkonflikte" mit "gravierenden Unebenmäßigkeiten" der frühen Kindheit eruieren, 6 hatten "Schicksalssituationen" wie den Tod naher Angehöriger erlitten, 4 waren in dem Sinn "neurotisch", daß zum Zeitpunkt der Untersuchung ein aktueller Konflikt bestand. 11 wurden als "zwanghaft" beurteilt: 5 als sehr leicht, 4 als stärker, 2 hatten in der Pubertät unter Waschzwang gelitten: 9 dieser zwanghaften Patienten waren "vegetativ labil". 9 Patienten waren "allgemein überempfindlich und autistisch": sie "fraßen alles in sich herein", 6 "emotional labil", 5 gelegentlich depressiv verstimmt, 5 ängstlich-unsicher. Eine Hysterie bestand in keinem Fall.

Was die "Überempfindlichkeit der Sinnespforten" angeht, litten 9 Patienten an einer Überempfindlichkeit des Gehörs "hauptsächlich gegenüber lauter Radiomusik und Preßlufthämmern", bei 6 bestand eine "Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber jeder Art von Fisch", weitere 6 vertrugen kein Gemüse -vor allem keinen Wirsing und keine gelben Rüben!-, 5 vertrugen keine sauren Speisen, 3 kein frisches Obst.
Die Krankengeschichten, die Jost mitteilt, sind von sehr wechselnder Qualität, beschäftigen sich oft gar nicht mit psychischen Faktoren, enthalten keineswegs durchgehend Informationen zu konstanten Themenkreisen und erwähnen in der Regel die Kindheitsgeschichte der Patienten gar nicht.

1.5.4 Psychoanalytisch orientierte Interviews

Crohn (1970) interviewte 12 unselektierte Patienten -die Diagnose war röntgenologisch oder chirurgisch gestellt- solange, bis die psychologische Diagnose gesichert war: Bei allen fand er unbewußte Abhängigkeit und Unfähigkeit zur Aggression, bei 11 emotionale Unreife und unterdrückte Wut sowie das Verleugnen der eigenen Gefühle, bei 10 offene Abhängigkeit, tiefen Narzißmus und zwanghafte Sorgen; 9 verhielten sich extrem höflich, jeweils 7 fordernd bzw. bemüht, allen zu Gefallen zu sein und jeweils 6 mißtrauisch und provozierend. Es bestand -ohne nähere Erläuterungen des Autors- eine hohe Koinzidenz von emotionalem stress und Ausbruch der Krankheit; in vielen Fällen bestanden chronische Ängste und lange existierende zwischenmenschliche Probleme schon vor der Erstmanifestation des M. Crohn.

Ford (1969) führte bei 17 unselektierten Patienten -die Diagnose war in 10 Fällen histologisch gesichert, sonst aus dem Röntgenbild gestellt worden- im Durchschnitt 6 nondirektive Interviews pro Patient durch. Bei 14 Kranken ließen sich psychische Ereignisse als auslösender Faktor eruieren, die aber nicht spezifisch für die Gruppe, sondern mit dem individuellen Kernkonflikt verbunden waren. 14 zeigten zwanghafte Züge, die sich unter der Krankheit noch verstärkten, in 11 Fällen waren Abhängigkeitskonflikte besonders auffällig. 15 Patienten beschrieben ein oder beide Elternteile als zwanghaft, kalt und rigide; ihre Liebe vergaben diese Eltern nur als Leistungsbelohnung, förderten

so Geschwisterrivalitäten und erregten in den Kindern das Gefühl, von ihnen betrogen und beraubt worden zu sein. Krankheit war so für die Patienten das einzige Mittel, Elternliebe und Zuwendung zu erwerben.
Eine extreme Introversion bestand nicht, es existierten auch keine schwereren Sexualprobleme: die meisten Patienten waren verheiratet und hatten Kinder. Allerdings waren sie oft an Sexualität "relativ uninteressiert".
Im Vergleich mit Colitikern waren beiden Gruppen gemeinsam die zwanghaften Züge, der Mangel an Fähigkeit zu adäquater Aggression, die dominanten, oft hysterischen, klagsam hypochondrischen Mütter, an die die Patienten symbiotisch gebunden sind, und die sexuelle Unreife. Allerdings seien die Crohn-Patienten flexibler, weniger symbiotisch und -wenn auch unterdurchschnittlich- doch sexuell aktiver. Sie ähnelten so eher den pseudounabhängigen, kompensatorisch aggressiven Patienten mit ulcus pepticum.
Nur ein Patient versäumte einmal einen Interviewtermin, alle waren pünktlich und viele enttäuscht, als die Untersuchung beendet war. (Über die Ergebnisse des gleichzeitig durchgeführten MMPI s. oben im Abschnitt "Testverfahren".)

Fürmaier (1979) berichtet in seiner Dissertation über die Untersuchung von 10 unselektierten, histologisch gesicherten, stationär behandelten Patienten. Es handelte sich um Ersterkrankungen; 4 Patienten waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 29,8 Jahre. Er führte unstrukturierte Interviews nach Argelander durch, deren Ergebnisse in einem Supervisionsgespräch diskutiert und unter Umständen in einem zweiten Interview erhärtet wurden. Die Fragestellung zielte auf die Objektbeziehungen der Patienten: alle Patienten waren in ihrer Oralität gestört, alle unfähig, ihre Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken; sie fühlten sich "hilf- und hoffnungslos" (einen Zustand, den Engel bei der Colitis ulcerosa ausführlich beschrieb und in seiner Bedeutung diskutierte); unter Umständen erfuhren sie eine psychische Besserung durch den Krankheitsausbruch. Alle waren in der Entwicklung ihrer Aggression in unterschiedlichem Ausmaß gestört, alle waren sexuell unreif. In allen Fällen ließen sich -oft banale- Objektverlusterlebnisse als auslösendes Ereignis eruieren. Fürmaier interpretiert diese Befunde unter Bezug

auf Melanie Kleins Untersuchungen zur "depressiven Position", in die das Kind während der Auflösung der Symbiose mit der Mutter gerät: seine Wut über den Verlust der Mutter könne es nur mit Hilfe eines Dritten, der als Vorbild dienen könne (in der Regel also des Vaters) bewältigen. Wenn nun, wie im Falle der Crohn-Patienten, der Vater meist als zu schwach und die Mutter als kalt, streng oder überfordert erlebt werde, komme es zur "Dissoziation" der liebevollen und aggressiven Emotionen, die nun "unvermischt" nebeneinander existierten, und zur Unfähigkeit zur Triangularisierung: damit sei die Entwicklung einer reifen Sexualität unmöglich. -Fürmaier bringt sehr ausführliche und aufschlußreiche, sorgfältige Fallgeschichten.-

Grace (1953) zielte bei seiner Untersuchung auf die auslösenden Ereignisse ab: er untersuchte 4 unselektierte Patienten, bei denen die Diagnose histologisch gesichert war, über mehrere Monate in Interviews, die jeweils insgesamt wenigstens 14 Stunden dauerten. Verwertet wurden nur direkte Aussagen der Patienten, nicht die Assoziationen oder Interpretationen des Untersuchers. Dabei ließ sich zwar keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur feststellen, es fanden sich aber Auslöser für jeden Crohn-Schub. Dabei war auslösend für die Entwicklung einer Diarrhoe Ungeduld, der Wunsch "to get all over with it" (damit fertig zu werden), "to get rid of it" (es los zu werden). Ärger und Abhängigkeitskonflikte korrelierten nicht so stringent mit den Exacerbationen; Wut war ein selteneres und schwächeres Gefühl in der auslösenden Situation als bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Grace macht allerdings keine Angaben über mögliche anatomische oder pathophysiologische Ursachen der Diarrhoe.

Die letzten beiden Arbeiten beschäftigen sich mit der Untersuchung von Kindern, die an M. Crohn litten:

Kraft (1964) interviewte 8 Patienten, die zwischen ihrem fünften und dreizehnten Lebensjahr erkrankt waren (die Diagnose war röntgenologisch oder intraoperativ gestellt worden). Allerdings fanden die Interviews im Durchschnitt fünfeinhalb Jahre nach Stellung der Diagnose statt, so daß der psychische Zustand zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung oft nicht sicher zur rekonstruieren war.

In den Fallgeschichten werden strenge, rigide Mütter, Einzelkindsituationen, die Angst vor dem Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle und Aggressionen sowie frühe Sauberkeitserziehungen erwähnt. In 4 Fällen bestanden Krisen in der Ehe der Eltern, in 3 Fällen interpretiert Kraft die Erkrankung als "zweite Linie der Verteidigung" im Kampf gegen psychische Konflikte.
Abhängigkeitskonflikte hält er nicht für "verdächtig", eine Rolle in der Krankheitsentwicklung zu spielen; er betont in der Diskussion seiner Befunde, daß sie nicht ausreichten, mehr Licht in die Rivalität der verschiedenen psychosomatischen Konzepte zu bringen.

Reinhart (1968) untersuchte im Zeitraum von 1941 bis 1966 17 Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren (davon 8 Jungen). Er macht keine Angaben zur klinischen Diagnostik; 13 Kinder waren im Verlauf psychiatrisch untersucht oder behandelt worden, in 3 Fällen war noch ein weiteres Familienmitglied am M. Crohn erkrankt. Alle Kinder waren, wenn auch meist nicht in ausgeprägtem Maß, psychisch auffällig; in der auslösenden Situation spielten Trennungsängste eine große Rolle. 9 der 13 Kinder hatten die stärkste Bindung zur Mutter oder waren "Nesthäkchen"; die Mütter imponierten in den vom Autor durchgeführten Familientherapiesitzungen als ängstlich, ohne Zugang zu ihren Emotionen und "overcontrolling" (überkontrollierend). Gegen ihre Söhne verhielten sie sich verführerisch, die Töchter versuchten sie zu infantilisieren und stärker zu kontrollieren, wobei ihr Verhalten einen sadistischen Anteil zeigte. Die Väter wirkten schwächer, eher passiv und distanziert ihren Kindern gegenüber, nicht so stark in die Erziehung involviert. Gegen ihre Söhne verhielten sie sich distanziert und oberflächlich, gegen die Töchter aber verführerischer als gegenüber ihren Frauen. Die männlichen Kinder waren gehemmt, verleugneten ihre aggressiven Impulse und fühlten sich hilflos. Bei den Mädchen fanden sich die gleichen Befunde, im Untergrund schien eine Depression zu bestehen. Reinhart wertet diese Befunde als nicht spezifisch für den M. Crohn: es bestünden keine Unterschiede zu anderen psychosomatischen Krankheiten und zur Colitis ulcerosa.
-Die Familientherapie (die nur eine Famile bis zum Ende durch-

hielt) zielte auf Lockerung der starken symbiotischen, hochambivalenten "Familienbande": eine Lockerung dieser Bindungen war auch von Besserungen der körperlichen Symptomatik begleitet.-

---Gazzards (1978) Untersuchung nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als sie sich nur mit der Bewältigung der Krankheit durch die Patienten beschäftigt: 85 ambulante Crohn-Kranke (davon 28 männlich, mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren und einer Krankheitsdauer von wenigstens einem, im Mittel 11 Jahren, von denen 50 schon wegen des M. Crohn operiert waren), die über ihre Erkrankung aufgeklärt waren, wurden von einem ihnen schon länger bekannten Arzt zu ihrem Wissen über die Krankheit, ihrer Arbeit, ihrem Ehe- und Sexualleben und ihren finanziellen Verhältnissen befragt. Zusätzlich wurde ihnen das Eysenck Personality Questionnaire und der Manifest Anxiety Test vorgelegt. Im EPQ fanden sich bei den weiblichen Patienten keine Unterschiede zur mituntersuchten Kontrollgruppe, während die Männer verstärkt als "introvertiert" und "neurotisch" imponierten. Im MAT erreichten 25 Kranke -darunter 10 Männer- Werte über der Norm: allerdings bezeichnet Gazzard diesen Test als noch nicht genügend validisiert.
Nur 11 Patienten fühlten sich schlecht: und die wiesen alle in der Neurotizismus-Skala überdurchschnittliche Werte auf. Dagegen fühlten sich 36 "perfectly" (völlig) und 38 "fairly well" (ziemlich gut). Nur 5 hatten -dieser Befund war mit den Ergebnissen des MAT korreliert- ihre Arbeit ganz aufgegeben, nur 4 fielen der Sozialversicherung zur Last.
23 waren einmal wegen depressiver Zustände behandelt worden, bei 3 von ihnen war zusätzlich eine schwere "personality disorder" (Persönlichkeitsstörung) diagnostiziert worden.
Von 52 vor dem Ausbruch des M. Crohn verheirateten Patienten hatten 28 -darunter 15 Frauen- die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs eingeschränkt, 12 ihn ganz aufgegeben -in diesen Fällen hatte sich auch im Krankheitsverlauf die Ehe verschlechtert-; nur in 12 Fällen war das Sexualleben unverändert geblieben. Generell wurden die Ehen der "extrovertierten" Patienten unter der Krankheit besser, weil das Verständnis der Partner füreinander stieg; Verschlechterungen des ehelichen Verhältnisses fanden sich bei den im EPQ als "hochneurotisch" beurteilten Kranken.

Insgesamt war also die erfolgreiche Adaptation der Patienten an ihre Erkrankung enger mit ihrer Persönlichkeit als mit Aktivität oder anatomischer Ausdehnung des M. Crohn korreliert: wobei allerdings die Frage nicht geklärt scheint, wieweit nicht die EPQ-Befunde der Patienten auch eine Folge der körperlichen Erkrankung sind.---

1.6 Zusammenfassung

Die Erfahrungsberichte mit ihren divergenten Ergebnissen und Beurteilungen vermitteln immerhin einen Eindruck davon, wie die Crohn-Patienten auf Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und Orientierung wirken; die "Einzelfälle" sind natürlich auffällig in psychologischer Sicht, weil sie ja in der Regel aus psychiatrischer oder psychotherapeutischer Indikation untersucht und behandelt wurden: ebenso natürlich stellen sie die bestuntersuchte Patientengruppe dar.

Was die psychologischen Testverfahren angeht, so wurden bisher relativ viele Verfahren bei relativ kleinen Untersuchungsgruppen eingesetzt: Im MMPI (Ford) waren in den Skalen Depression, Hysterie und Hypochondrie die Werte erhöht; es bestanden keine Unterschiede zur Colitis ulcerosa. Entsprechend verhielten sich die Ergebnisse des Cornell Medical Index (Mc Kegney), und auch nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (Rein und Willke) ergaben sich keine signifikanten Differenzen zur Colitis: allerdings auch nicht -bis auf die weiblichen Patienten in den Skalen Gelassenheit und Gehemmtheit- zur "nonpsychosomatisch" erkrankten Kontrollgruppe.

Von Gazzards Patienten zeigten etwa 25 % im Manifest Anxiety Test erhöhte Werte; die männlichen Patienten erreichten im Eysenck Personality Questionnaire höhere Werte in den Skalen Extroversion und Neurotizismus. Sheffields Befunde -er schloß allerdings als einziger durch die Auswahl seiner Kontrollgruppen eine Beeinflussung der Testergebnisse durch die chronische körperliche Krankheit aus- sind in etwa vergleichbar: die von ihm untersuchten Patienten unterschieden sich nicht signifikant von anderen "psychosomatischen" Kranken, erreichten aber signifikant höhere Werte als "nonpsychosomatische" Patienten mit

chronischen Erkrankungen und signifikant niedrigere Werte, als sie mit dem EPQ und der Manifest Anxiety Scale bei Neurotikern erhoben wurden.

Die retrospektiven Arbeiten, die sich auf die Auswertung internistischer oder chirurgischer Krankenblätter stützen, erbringen einen deutlichen Anhalt für eine erhöhte Frequenz psychologisch auffälliger Befunde bei der Gruppe der Crohn-Patienten: so war Manifestation oder Exacerbation der Krankheit oft mit emotionalem stress zeitlich korreliert, die Patienten waren überdurchschnittlich oft psychiatrisch untersucht oder behandelt worden und wiesen in einem sehr hohen Prozentsatz Indizien für psychopathologische Züge oder "emotional disturbances" (emotionale Störungen) auf: allerdings läßt sich aus diesen Befunden kein genaueres Bild von den Persönlichkeiten und den Konflikten dieser Patienten rekonstruieren.

In den standardisierten Interviews fanden Goldberg und Monk mit ihrer Fragestellung keine signifikanten Unterschiede im Vergleich mit den mituntersuchten Kontrollgruppen; Mc Kegney, der das Interview nach den Ergebnissen seiner retrospektiven Untersuchung strukturiert hatte, konnte dessen Ergebnisse bestätigen; Paulley (1971) erhärtete seine bisherigen Auffassungen, daß die Persönlichkeit der Patienten wie bei der Colitis ulcerosa gekennzeichnet sei von Abhängigkeitskonflikten und der Unfähigkeit, aggressiv zu reagieren. Hislop, der gezielt nach auslösenden Ereignissen fragte, erhielt signifikant höhere Ergebnisse als bei einer Kontrollgruppe.

Bei ihren psychiatrischen Untersuchungen konnten Crocket und Feldmann keine pathologischen oder psychologisch auffälligen Befunde erheben; Feline beurteilte zwar 9 von 13 Patienten als zwanghafte oder passiv-abhängige Persönlichkeiten, fand aber kein einheitliches Persönlichkeitsmuster. Nur Jost bezeichnete einen hohen Prozentsatz der von ihm untersuchten Patienten als "psychosomatisch" erkrankt in dem Sinn, daß bei ihnen "vegetative Labilität" und psychischer Konflikt koinzidierten.

Unter den psychoanalytisch orientierten Untersuchern besteht dagegen eine weitgehende Übereinstimmung:

bis auf Kraft -der die Bedeutung von Abhängigkeitskonflikten als nicht wesentlich für die Krankheitsentwicklung einschätzt- und Grace, die keine gemeinsame Persönlichkeitsstruktur feststellten, halten diese Untersucher die psychische Problematik der M. Crohn-Patienten für geprägt von Schädigungen in der oralen Phase: und daraus resultierend von hochambivalenten Abhängigkeitskonflikten, der Unfähigkeit, adäquat aggressiv zu reagieren, der Verleugnung oder der Unfähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Gefühle und der emotionalen und sexuellen Unreife.

Die Patienten seien extrem verletztlich durch Objektverlusterlebnisse, die so auch in den meisten Fällen als "auslösend wirksame Ereignisse" eruiert wurden.

Damit bestünden in den Grundzügen der Persönlichkeitsstruktur keine Unterschiede zur Colitis ulcerosa oder zu anderen psychosomatischen Erkrankungen; allerdings besteht unter den Autoren Uneinigkeit darüber, ob die M. Crohn-Kranken stabiler und aggressiver seien als die Colitis-Patienten (Freyberger 1980, Ford) oder im Gegenteil weniger aggressiv (Paulley 1971).

Diese Untersuchungsergebnisse psychoanalytisch orientierter Autoren bestätigen die Erfahrungsberichte Engel's, Freybergers und Paulley's.

1.7 Psychoanalytische Theorien und Modelle zur Entstehung und zum Verlauf psychosomatischer Erkrankungen

Ziel meiner Arbeit war die Überprüfung der Aussagen psychoanalytisch orientierter Autoren über den M. Crohn und damit implizit die Untersuchung der Frage, ob psychoanalytische Modelle der Entstehung psychosomatischer Krankheiten sich beschreibend (respektive "erklärend") auf die Enteritis regionalis anwenden lassen.

Mit "psychoanalytisch" bzw. "psychoanalytisch orientiert" bezeichne ich Theorien, die in mehr oder minder enger Beziehung zu Freuds Konzepten stehen: wichtig sind in meinem Kontext die Strukturmodelle über die Organisation des psychischen Apparats in Es, Ich und Überich und in Unbewußtes, Vorbewußtes und Bewußtes, seine Lehren über die Entwicklungsstadien der

Libido in der Ontogenese, der Übergang von der oralen Phase, in der das Kind Objekte außerhalb seiner selbst noch nicht vom eigenen Ich trennen kann, die Mutter also in dieser Symbiose als Teil des eigenen Ich erlebt, zur analen, in der es mit der Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen auch die Erlebnisqualitäten des Gebens und Verweigerns, des Öffnens und Schließens und des Schaffens und Zerstörens erwirbt, über die urethrale zur genitalen (ödipalen) Phase, seine Aussagen über die Formen der Abwehr, wobei hier besonders Verdrängung und Regression -das Zurückgehen auf frühere Stufen psychischer oder somatischer Entwicklung- von Bedeutung sind.

Gemeinsam ist allen "psychoanalytischen" Ansätzen in der Psychosomatik der Versuch, die körperliche Krankheit psychodynamisch, als sinnvollen Bestandteil der Biographie, als erklärbare Reaktion unter bestimmten Belastungen zu verstehen. Ausgangspunkt dieser Versuche ist meist die schon in der Freud'schen Theorie der Libidoentwicklung enthaltene untrennbare Verbindung somatischer und psychischer Entwicklung:

Das stärkste Gewicht auf diese gegenseitige Bedingtheit hat wohl Schultz-Hencke (1969) in seinem Begriff des "psychosomatischen Parallelismus" gelegt, nach dem ein normaler seelischer Ablauf normale körperliche Funktion bedingt und eine Hemmung im Seelischen auch eine Hemmung im Körperlichen verursacht.

Nach Schur (1955) findet im Lauf der Entwicklung eine Ablösung der Gefühle -auf die das junge Kind noch ganz unkontrolliert körperlich reagiert- vom Körper statt, eine "Desomatisierung" und Verinnerlichung der Gefühle, bis sie schließlich sprachlich ausgedrückt und bewältigt werden können. Mit "Resomatisierung" im Sinn einer Regression reagierten ichschwache Menschen, die viele Traumen während ihrer frühen Entwicklung erlitten hätten, auf Einschränkungen ihrer Ichfunktionen oder das Übermächtigtwerden prägenitaler Triebe.

Besondere Betonung auf die Bedeutung des somatischen Faktors im oben skizzierten Ineinander körperlicher und psychischer Entwicklung legt Engel (1969); er beschreibt in seinem Konzept "somatopsychisch-psychosomatischer Störungen", wie ein primär somatischer Faktor auch seinerseits Einfluß auf die

Entwicklung spezifischer Strukturen nehmen könne, die dann ihrerseits wieder die "auslösende Situation" als solche definierten: damit ist eine Situation bezeichnet, die der Betroffene aufgrund seiner psychischen Struktur als unlösbar konfliktbaft erleben muß und in der ihm so nur die körperliche Reaktion bleibt. Engel beschreibt diese Situation als "Schnittpunkt somatischer und psychischer Entwicklung".

Die Bedingungen dieser somatischen Reaktion in der auslösenden Situation haben A. Mitscherlich (1953, 1961) und Freyberger intensiver untersucht: Mitscherlichs Modell der "zweiphasigen Verdrängung" beinhaltet, daß es beim Versagen der "Verdrängung mit neurotischer Symptombildung" (wobei unter "Neurose" der intrapsychische Kompromiß zwischen verdrängtem Triebinhalt und Ich verstanden wird) zu einer "Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge" komme.

Freyberger (1972) deutet, gestützt auf Freuds Äußerungen in "Trauer und Melancholie", die körperliche Erkrankung als Abwehr gegen die Depression, die dadurch entstanden sei, daß das Ich die nach dem -"auslösend wirksamen"- Verlust des geliebten Objekts freigewordene Aggression gegen dieses verlorene Objekt gegen sich selbst gewandt habe.

Während die bisher skizzierten Modelle Ichstrukturen und Psychodynamik des psychosomatisch Erkrankten als analog und entsprechend zu den Verhältnissen bei der Neurosenentstehung behandeln, gehen die Vertreter des Konzepts der "pensée operatoire" oder der "Alexithymie" (z. B. Marty (1957); Sifneos (1973)) von der Existenz einer eigenständigen psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur aus. Die Objektbeziehungen blieben fixiert auf die Symbiose der oralen Phase: der Kranke identifiziere sich völlig mit seinem Objekt und sei nicht in der Lage, es als eigenständig und getrennt vom eigenen Ich zu erleben. Es bestehe so eine Unfähigkeit zu echten Objekt- und Übertragungsbeziehungen, die ja den Schritt von der totalen Verschmelzung mit dem Objekt zum Erkennen seiner Eigenständigkeit und Getrenntheit vom eigenen Ich zur Voraussetzung haben.

Das Denken sei "operational", hafte an Konkretem, an faktischen Details und Nebenumständen; das Phantasieleben sei eingeschränkt,

der Gedankengang einförmig. Die Patienten seien von ihrem Unbewußten abgeschnitten und nicht in der Lage, Konflikte zu verbalisieren und ihre Gefühle adäquat differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben.

Alexander (1948, 1977) und Grace (1952) schließlich bestreiten die Existenz einer spezifisch psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur oder einer spezifischen Beziehung zwischen Persönlichkeit und Erkrankung: entscheidend und spezifisch für die Entstehung einer psychosomatischen Erkrankung sei die psychophysiologische Situation des Patienten dem auslösenden Ereignis gegenüber bzw. seine "Haltung" (Bräutigam, 1954) diesem Ereignis gegenüber, die Art, in der er es erlebe und in der er damit umgehe. Dabei sei jede Emotion von physiologischen Korrelaten (im Sinne festgelegter Kampf-Flucht-Schemata z. B. oder einer Aktivierung des vagalen oder adrenergen Systems) begleitet; entscheidend für die Ausbildung des somatischen Symptoms sei die Aktivierung dieser Systeme.
Im Gegensatz zu Alexander spricht Grace diesen Symptomen einen Symbolwert zu, hält sie also für interpretierbar im Sinne einer "Organsprache".

Es existiert also, wie schon aus dieser holzschnittartig vereinfachten Darstellung hervorgeht, eine Vielzahl von bei allen Überschneidungen divergenten Modellen. Grundfragen bleiben dabei umstritten oder ungeklärt: die Frage, warum statt einer Neurose eine psychosomatische Krankheit entsteht, die Existenz einer spezifischen psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur, der Modus der Organwahl, die Deutbarkeit der Symptome als Organsprache, das Problem des Übergangs von der Funktionsstörung zur manifesten Gewebsläsion und die Physiologie der Informations- und Steuerungsübermittlung vom zentralen Nervensystem zum "Erfolgsorgan".

Dennoch lassen sich aus dieser Skizze prinzipielle Aussagen zum psychoanalytischen Ansatz in der Erklärung der Entstehung "psychosomatischer Erkrankungen" abstrahieren:

Psychische und körperliche Entwicklung sind untrennbar ineinander verwoben; es erscheint so denkbar, daß auch somatische "Krankheitsdispositionen" ihrerseits die psychische Entwicklung beeinflussen.

Störungen dieser Entwicklung -enger gefaßt: Störungen der oralen Phase, der frühen Mutter-Kind-Beziehung- können spezifische Ichfunktionsstörungen und die Ausbildung bestimmter Persönlichkeitsstrukturen zur Folge haben, nach einigen Autoren auch die Entstehung einer spezifischen "psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur" (im Sinn der "Alexithymie") bedingen.
Der Betroffene ist aufgrund dieser Entwicklungsstörung dazu disponiert, bestimmte Ereignisse -vor allem Erlebnisse des Objektverlustes oder der Kränkung und Verletzung des eigenen Selbstwertgefühls- als unlösbar konflikthaft zu erleben; diese Situation kann dann "auslösend" wirksam werden auf Manifestation oder Schub einer körperlichen Erkrankung.

Damit ergibt sich folgende Fragestellung der vorliegenden Untersuchung:

2.0 Fragestellung

1. Lassen sich Störungen der Mutter-Kind-Beziehung in der Kindheit oder Anhaltspunkte für ihr Bestehen nachweisen?
2. Bestehen bestimmte Ichfunktionsstörungen: Selbstunsicherheit, Unfähigkeit zu adäquat aggressiver Reaktion, Einschränkung der Eigenwahrnehmung?
3. Existiert eine "psychosomatische Persönlichkeit" im Sinn des Alexithymiekonzepts?
4. Läßt sich eine zeitliche und erlebnismäßige Beziehung eruieren zwischen Ereignissen und Situationen, die der Patient als unlösbar und belastend erlebte, und Erstmanifestation und Exacerbationen seiner Erkrankung?

2.1 Grundlagen der Untersuchungsmethode

Die Art meiner Untersuchung orientiert sich an Argelanders Beschreibung der Technik des Erstinterviews in der Psychotherapie (1970), das dort zur Diagnostik und zur Klärung der Frage nach Therapiewürdigkeit und -fähigkeit eingesetzt wird.

Dabei bestehen erstens gewichtige Unterschiede zu meinem Einsatz dieser Technik: die von mir untersuchten Patienten kamen meist nicht aus eigenem Entschluß und völlig freiem Willen, und sie kamen in der Mehrzahl nicht, weil sie sich eines psychischen Leidens bewußt waren und Hilfe erwarteten.

Zweitens konnte es sich natürlich tatsächlich nur um eine "Orientierung" an dieser Technik handeln, da ich weder über eine Lehranalyse noch über ausreichende lange Erfahrung im Einsatz eines so diffizilen Untersuchungsinstruments, wie es das Erstinterview darstellt, verfüge.

So habe ich in der Darstellung meiner Ergebnisse auf psychoanalytische Deutungen verzichtet und mich auf die Mitteilung expliziter wörtlicher Aussagen der Patienten beschränkt; meine Arbeit versteht sich als rein deskriptiv, als Beschreibung der untersuchten Gruppe unter der oben angeführten Fragestellung.

Nach Argelander (p. 12 ff.) lassen sich die in diesem Erstgespräch gewonnenen Informationen in drei Gruppen gliedern:
in "objektive" nachprüfbare faktische Daten (Alter und Beruf z. B.),
in "subjektive" Daten (wie die Schilderung emotionaler Erlebnisse), für deren Wertung "entscheidend" die "Bedeutung ist, die der Patient ihnen verleiht", und bei denen das "Kriterium für ihre Verläßlichkeit" in der "situativen Evidenz", dem "Gefühl einer prägnanten Übereinstimmung zwischen der Information und dem Geschehen in der (Gesprächs-) Situation" besteht und in "szenische" Information, bei der das "Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen" "dominiert": diese letzte Informationsgruppe umfaßt also das Verhalten des Patienten in seiner Gesamtheit, die Art, in der er mit der Gesprächssituation und dem Interviewer umgeht (ob er z. B. versucht, ihn in eine bestimmte Rolle zu drängen oder ob er in der Beziehung zu ihm alte Beziehungsmuster wiederholt), und die rationale und emotionale Reaktion des Interviewers auf dieses Verhalten.

Um vor allem die szenischen Informationen überhaupt wahrnehmbar zu machen -die zu entwickeln der Patient ja z. B. im auch körperlich streng geregelten Ablauf einer physikalischen Untersuchung wesentlich weniger Gelegenheit hat- und um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, seine "objektiven" Informationen selbst zu ordnen und "subjektiv" zu werten, braucht er Zeit und Raum im doppelten Sinn: im Wortsinn und übertragen, in der Freiheit, die ihm sein Gesprächspartner "einräumt", in seinem geduldigen, nicht wertenden, um Einfühlung bemühten Zuhören.

Der Interviewer bemüht sich also, diese drei Informationsgruppen in ihrer wechselseitigen Bedingtheit zu erfassen, ohne sofort und unkontrolliert auf sie zu reagieren; die Gesprächsführung ist möglichst nondirektiv, er versucht, den Patienten in seinem Gedankengang zu fördern, indem er seine Einfühlungsbemühung zeigt, und vermeidet, wo er das Thema wechseln oder ein Detail herausarbeiten will, den Patienten durch direkte Fragen einzuengen, sondern sucht ihn nur zum Denken in der neuen Richtung anzuregen.

Ein Katalog vorformulierter Fragen in vorgegebener Reihenfolge ist in dieser Gesprächssituation also nicht verwendbar; statt seiner existierte eine Sammlung von Themenbereichen, zu denen ich Informationen haben wollte:
es waren dies "objektive" Angaben zur Kindheit, zur Familie, zur eigenen Partnerschaft, zu Beruf und Ausbildung, zur Krankheit und ihrer Bewältigung, zum Verhalten in als konflikthaft erlebten Situationen, "subjektive" Informationen zu denselben Themen: wie der Patient seine Kindheit, seine Eltern, seinen Partner und sich selbst erlebt und schildert, wie er Konfliktsituationen erlebt, wie er mit den eigenen Gefühlen umgeht und schließlich, wie er sich in der Interviewsituation verhielt, welche Beziehung er zu mir herstellte, und wie ich ihn erlebte und auf ihn reagierte: diese "szenischen" Informationen reichen von der Antwort auf meine Bitte um Teilnahme an der Untersuchung über die Art des Patienten, sich in einem fremden Raum zu bewegen (ob er ängstlich und verkrampft auf der Stuhlkante kauerte oder breit und sicher eher lag als saß) bis zu seinem Verhalten am Ende des Gesprächs: ob er sich sichtlich erleichtert sofort verabschiedete oder dieses Ende hinauszögern wollte.

-Natürlich sind die so erhobenen Informationen nicht in allen Themenbereichen und bei allen Patienten genau gleich reichhaltig -abhängig von der besonderen psychischen Problematik des Patienten, seinem Willen oder seiner Fähigkeit, sich zu äußern, und der Gesprächssituation. (In der Regel "erschöpfte" sich ein Thema im Gespräch, indem der Patient nichts mehr dazu zu sagen hatte und ich gleichzeitig den Eindruck hatte, genug Informationen zu haben oder weitere nicht mehr erreichen zu können.) Insgesamt, über die ganze untersuchte Gruppe gesehen, "pegelte" sich aber ein sehr gleichmäßiges Niveau ein, von dem nur manche Patienten "nach oben" abwichen, weil sie lange und intensiv über sie besonders belastende Erfahrungen oder akute Probleme sprachen.-

2.2 Zur Frage der Kontrollgruppe

Eine Kontrollgruppe wurde einmal nicht mituntersucht, weil eine korrekte Doppelblindstudie schon aus praktischen Gründen

nicht durchführbar gewesen wäre: weil ich als Untersucher und "Patientenwerber" in einer Person fungierte und weil die Patienten unfehlbar im Gespräch auf ihre körperliche Symptomatik zu sprechen gekommen wären. Zum anderen stand mir keine Gruppe organisch gesunder Personen zur Verfügung, die sich ohne für sie einsichtigen Grund einem solchen doch "indiskret-persönlichen" Interview unterzogen hätten; bei Verwendung "somatisch Kranker" als Kontrollgruppe wäre der Einfluß ihrer Erkrankung auf die Ergebnisse auszuschließen gewesen: als Krankheit mit ähnlichen Symptomen, gleicher Chronizität und entsprechender Prognose wäre nur die Colitis ulcerosa in Frage gekommen: solche Patienten standen aber in Düsseldorf nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung; zudem hätten sich aus der sicheren Differentialdiagnose Colitis versus M. Crohn noch größere Schwierigkeiten als im umgekehrten Falle ergeben.

2.3 Durchführung der Untersuchung

2.3.1 Entstehung der Patientengruppe

Es gab nur zwei Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Untersuchungsgruppe:
eine entsprechend den Bedingungen der Tübinger Crohnstudie gesicherte Diagnose und die Gehfähigkeit des Patienten.
Die Diagnose eines Morbus Crohn war in 27 Fällen in der Pathologie der Düsseldorfer Universitätskliniken histologisch gesichert worden; ausschlaggebendes Kriterium war der Nachweis spezifischer Granulome. Bei den verbleibenden 7 Patienten wurde die Diagnose klinisch aus Symptomen, Verlauf, endoskopischen und röntgenologischen Befunden und dem Ausschluß differentialdiagnostischer Alternativen gestellt. Bei 4 Erkrankten aus dieser Gruppe war zudem bei Laparotomien oder Ileotomien intraoperativ die Diagnose makroskopisch erhoben worden.
Die Gehfähigkeit der Patienten war einmal erforderlich, weil ich die Interviews nur im etwa 50 Meter vom Klinikgebäude entfernten Institutspavillon durchführen konnte, zum anderen wollte ich Beeinflussungen der Gesprächssituation durch schlechten körperlichen Zustand, Bettlägerigkeit und intravenöse Ernährung der Patienten verhindern.

So standen die stationär internistisch behandelten Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung kurz vor ihrer Entlassung oder waren ohne schwere akute Beschwerden nur zur klinischen Untersuchung aufgenommen worden, während die ambulanten Patienten fast alle arbeitsfähig waren. Körperliche Beschwerden zum Zeitpunkt des Interviews gaben 15 Patienten (9 Frauen und 6 Männer) an.

Insgesamt habe ich 34 Patienten (21 Frauen und 13 Männer) exploriert. (Übrigens die größte bisher mit dieser Technik untersuchte Stichprobe.)

Die Gruppe zerfällt nach der Art ihrer Entstehung in drei Gruppen: einmal sprach ich alle Patienten, die in der Zeit vom Dezember 1979 bis zum September 1980 in der Universitätsklinik Düsseldorf stationär behandelt wurden, an. Zwei männliche Patienten verweigerten die Teilnahme, weil sie in einer Psychotherapie standen -respektive gerade eine abgeschlossen hatten- und fürchteten, daß im Gespräch mit mir "alles wieder aufgerissen" würde. Zwei Frauen hielten mich trotz ihrer anfänglichen Zusagen mit immer neuen Entschuldigungen erfolgreich bis zu ihrer Entlassung aus der Klinik hin. Bei mehreren Patienten war es mir trotz deren Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung nicht möglich, einen Interviewtermin zu vereinbaren: weil der körperliche Zustand des Patienten es nicht erlaubte oder weil es mir nicht gelang, die Ansprüche der behandelnden Internisten an den Patienten mit den Zeiten zu koordinieren, zu denen mir der Untersuchungsraum zur Verfügung stand. (Insgesamt gewann ich so 10 Patienten.)

Die größte Patientengruppe (17 Erkrankte) stammt aus der im Rahmen der Tübinger Crohnstudie von Dr. Ehms geführten Ambulanz. Die Teilnehmer an dieser Studie wurden etwa alle ein bis drei Monate -je nach ihrem Befinden- jeweils montags einbestellt, so daß mir jeden Montagmorgen zwischen 8 und 9 Uhr drei bis fünf Patienten zur Verfügung standen. Die Auswahl unter ihnen erfolgte zufällig, abhängig von der Reihenfolge ihres Erscheinens, da ich, ohne unzumutbare Wartezeiten auftreten zu lassen (die Patienten waren wegen der Blutabnahme nüchtern und kamen oft aus größerer Entfernung angereist), nur jeweils zwei bis drei Patienten interviewen konnte an einem solchen Morgen.

Ich sprach die Patienten entweder selbst im Beisein von Herrn Dr. Ehms oder seiner Sekretärin an, die die Patienten schon über Jahre betreuten, oder wurde von ihnen mit meiner Bitte vorgestellt. Dabei erfuhr ich keine Absagen: wenn der Patient über seinen "freien Tag" in Düsseldorf schon anders disponiert hatte, war es immer möglich, einen Ausweichtermin zu vereinbaren.

(Ich trat, wie auch auf der Station, immer im Arztkittel auf -worum die Internisten gebeten hatten-, ließ selbst meinen Studentenstatus im Dunkeln und wurde als "junger Kollege" vorgestellt. Es fragten auch nur zwei Patienten nach meiner eigentlichen Rolle.)

Nach Beendigung der Tübinger Studie schrieb Herr Dr. Ehms als lange behandelnder Arzt 31 Patienten an, die noch regelmäßig die Ambulanz aufgesucht hatten. Er stellte das Projekt dabei so vor, wie ich es auch bei meinen "Werbungsgesprächen" den Patienten gegenüber formuliert habe:
"Ich wende mich mit einer großen Bitte an Sie:
In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Psychotherapie unter Leitung von Frau Professor Heigl-Evers führen wir eine Untersuchung über Ihre Erkrankung durch.
Es geht dabei um Beobachtungen, die Sie vielleicht schon an sich selbst gemacht haben: um den Einfluß innerer und äußerer Ereignisse und Ihres Erlebens auf die erste Äußerung und den Verlauf Ihrer Krankheit."

(Darauf folgte die Information über die zeitliche Belastung durch die Untersuchung und das Angebot, gleichzeitig die übliche internistische Konrolluntersuchung durchzuführen.)
Auf diesen Brief antworteten 8 Patienten und sagten ihre Teilnahme zu, 7 nahmen dann den daraufhin vereinbarten Termin tatsächlich wahr.

Die Vermutung, daß es sich, da die Patienten sich ja nicht explizit der Autorität des weißen Kittels widersetzen oder ihrem langjährigen Arzt ins Gesicht eine Bitte abschlagen mußten, um eine "positive", sich ihrer psychischen Problematik bewußte Auslese handeln würde, bestätigte sich nicht: der Prozentsatz der Patienten, die eine psychische Komponente als wirksam im Krankheitsverlauf akzeptierten oder die sich ihrer psychischen Situation bewußt waren, war nicht höher als in den beiden anderen

Gruppen. (Zudem kamen mehrere Patienten vor allem wegen des Angebots einer zusätzlichen internistischen Untersuchung.)

Die Frage, ob nun gerade die psychisch besonders geschädigten Patienten die Einladung nicht beantwortet hätten, ist schwer zu beantworten. Ich gewann aber zwei Patienten, die ich in der Ambulanz persönlich ansprach, dann doch für die Untersuchung und glaube eher, daß -neben geographischen, familiären und beruflichen Gründen- ein Überdruß, der Wissenschaft als Objekt zu dienen, als wesentlicher Grund für die geringe Zahl von Zusagen anzusehen ist, da die meisten Patienten in den durchschnittlich mehr als 6 Jahren ihrer Erkrankung schon an allen möglichen wissenschaftlichen Projekten -von der Darmspiegelung bis zum MMPI- "mitgewirkt" hatten. (Gemessen an den Erfahrungen bei internistischen Untersuchungen soll diese Resonanzquote sogar noch eher hoch sein.) Schließlich befanden sich viele der ambulanten Patienten in einem so guten Gesundheitszustand, daß auch die Hoffnung auf Besserung der körperlichen Symptome als Motivation zur Teilnahme keine Rolle spielte.

Die Zusammensetzung der Supervisionsgruppe, mit deren Angehörigen Frau Professor Heigl-Evers ein zweites Gespräch nach Auswertung meines Interviews führte, ist leider vor allem von Sachzwängen diktiert, so daß die Supervision eigentlich "nur" exemplarischen Charakter hat:
den Termin am Nachmittag konnten fast nur gar nicht oder nur halbtags berufstätige Patienten -vor allem also Frauen- wahrnehmen, die nicht allzu weit von Düsseldorf entfernt lebten, und verständlicherweise konnte mir Frau Professor Heigl-Evers nur relativ wenige Termine zur Supervision einräumen, so daß ich auch nicht alle Patienten, die unter diesen Bedingungen zu einem zweiten Gespräch bereit waren, auch habe einladen können.
Eine Patientin sagte den vereinbarten Termin rechtzeitig aus beruflichen Gründen ab (sie war allerdings auch schon im Seminar und in der Vorlesung vorgestellt worden), zwei andere erschienen, obwohl sie den Termin jeweils bestätigt hatten, je zweimal nicht, ohne rechtzeitig abzusagen oder sich zu entschuldigen.
Was nun die Beweggründe zur Teilnahme an diesem Gespräch anging, so litten von den 8 schließlich supervisionierten Patienten

(2 Männer und 6 Frauen) 6 unter ihrer psychischen Problematik und erhofften sich Hilfe; eine Patientin gehorchte meiner Bitte um ihre Teilnahme an einem zweiten Interview mit derselben ängstlichen Gefügigkeit, die sie während des Erstgesprächs gezeigt hatte; das Hauptmotiv einer weiteren war wohl Neugier -sie war mit einem Psychologiestudenten befreundet.

2.3.1.1 Zur Frage der Repräsentativität der Stichprobe

Es bleibt die Frage, wieweit die durch die zufällige Auswahl und möglichst umfassende "Anwerbung" der Patienten angestrebte Repräsentativität der Stichprobe eingeschränkt ist dadurch, daß Patienten die Teilnahme an meiner Untersuchung explizit (wie 2 stationäre Patienten) ablehnten, die schriftliche Einladung ignorierten oder mir a priori nicht zur Verfügung standen, weil sie zur langdauernden Bindung an die internistische Ambulanz -und meist zur langfristigen Teilnahme an der Tübinger Crohnstudie- nicht bereit gewesen waren oder sie abgebrochen hatten.

Beeinträchtigen könnte dieser Sachverhalt natürlich meine Aussagen über Selbstsicherheit und Fähigkeit zu adäquater Aggression: es wären ja damit Patienten, die diese Eigenschaften besäßen und so die eigenen Interessen gegenüber den Ansprüchen eines anderen wahren könnten, der Untersuchung von vorneherein entzogen.

Bei der Beurteilung des Grades dieser Beeinflussung ist allerdings zu berücksichtigen, daß erstens bei der Motivation zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen des eigenen Krankheitsbildes neben der Gefügigkeit gegen den Arzt auch der physische Leidensdruck, die Anzahl früherer Untersuchungen und berufliche, familiäre und geographische Hindernisse eine Rolle spielen und daß es zweitens eine andere Sache ist, dem behandelnden Arzt ins Gesicht eine Bitte abzuschlagen oder nur eine briefliche Einladung zu negieren oder einen Termin zur Kontrolluntersuchung zu "vergessen" (wobei dieses Vergessen eben um so leichter fällt, je beschwerlicher der Weg in die Ambulanz, je lästiger die verlangte Untersuchung und je geringer die körperlichen Beschwerden sind): ein Verhalten, das ich nicht als Äußerung von Ichstärke werten würde.

Explizit im persönlichen Gespräch abgelehnt -und damit ihre Fähigkeit zur Wahrung der eigenen Interessen gegen fremde Ansprüche bewiesen- haben die Teilnahme nur 2 stationär behandelte männliche Patienten; 2 Patientinnen "hielten mich hin": beriefen sich, beide in der unterstützenden Gegenwart von Verwandten oder Freunden, auf körperliche Symptome, die ihnen die ursprünglich zugesagte Mitarbeit unmöglich machten: ein Verhalten, das ebensowenig für Selbstsicherheit spricht wie die Art der angeschriebenen Patienten, überhaupt nicht auf die Einladung zu reagieren, statt schriftlich oder telefonisch abzusagen. Zudem sagten aus der Gruppe derer, die die briefliche Einladung ignoriert hatten, die beiden, die ich persönlich ansprach, sofort ihre Teilnahme an der Untersuchung zu: so daß ich die Einschränkung der Aussagekraft meiner Befunde dadurch, daß Patienten sich der Mitarbeit verweigerten, entzogen oder ihr a priori nicht zur Verfügung standen, insgesamt als sehr gering veranschlagen würde.

2.3.2 Ausgangssituation des Interviews

Die meisten Patienten wurden also mehr oder weniger überrumpelt und fanden sich mehr oder minder aus freiem Entschluß plötzlich in einer für sie völlig neuen Situation und Atmosphäre, ohne zu wissen, was nun -wie viele Patienten diese Unsicherheit formulierten- "von ihnen erwartet" würde.

Nur fünf von ihnen besaßen bereits Erfahrungen mit psychologischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im weitesten Sinn (drei Patientinnen hatten in der Kur an Einzel- und Gruppentherapien teilgenommen, eine hatte im Verlauf einer Eheberatung mit einem Psychologen gesprochen, ein Patient war im Psychosomatikkurs exploriert worden), und von diesen hatten drei dieses Erlebnis in so schlechter Erinnerung, daß es mich in meinem "Werbegespräch" erhebliche Mühe kostete, sie zu einem weiteren Versuch zu überreden.

Den restlichen Patienten war diese Art von Themen und diese Art der möglichst nondirektiven Gesprächsführung völlig ungewohnt; viele Patienten baten -vor allem in der Anfangsphase des Gesprächs-, ich solle ihnen doch möglichst enge und präzise Fragen stellen, die sie dann auch so beantworten könnten.

Außerdem hatte ich bei vielen Interviewpartnern mit Vorurteilen zu kämpfen, wie sie offensichtlich in der Gesellschaft immer noch gegen Psychologie und Psychiatrie oder Psychotherapie bestehen: mehrere Patienten glaubten zunächst, sich dagegen wehren zu müssen, daß ich ihnen ein psychisches Leiden oder negative Charaktereigenschaften "unterschieben" wollte. In vier Fällen belastete diese ungünstige Ausgangssituation -wie sie leider wohl für die meisten Untersuchungen dieser Art typisch ist, bei denen der behandelnde Arzt nicht gleichzeitig als Psychosomatiker arbeitet oder der Patient sich nicht aus eigenem Entschluß in Psychotherapie befindet- das Gespräch so, daß Quantität und Qualität seiner Ergebnisse wahrscheinlich davon beeinträchtigt wurden: zwei männliche Patienten verharrten in der oben beschriebenen Abwehrhaltung, verweigerten sich völlig und versuchten das Gespräch mit aggressiven Äußerungen zu boykottieren; zwei Patientinnen konnte ich aus ihrer ängstlichen Verkrampftheit nicht lösen. Andererseits war eine große Zahl von Patienten sich ihrer psychischen Problematik bewußt oder hatte im eigenen Krankheitserleben Biographie und emotionale Reaktionsweisen mit dem Krankheitsverlauf in kausale Verbindung gebracht, so daß meine Fragestellung in der Vorstellung meines Untersuchungsprojekts sie keineswegs überraschte. So geschah es öfters, daß die Patienten, während ich beim Vorgespräch das Ziel meiner Untersuchung erläuterte, heftig mit dem Kopf nickten und mir ins Wort fielen: das hätten sie schon lange an sich bemerkt, daß sie "immer alles in sich hereinfräßen" und daß "das dann ja irgendwohin müsse". (Diese Gruppe bestand aus drei männlichen und acht weiblichen Patienten.)

2.3.3 Durchführung und Verlauf des Interviews

Die Interviews fanden im damaligen Konferenzraum des Institutspavillons statt, einem für ein Einzelgespräch eigentlich zu großen Raum, in dem aber Ungestörtheit von außen garantiert und dem Patienten durch Doppeltüren symbolisiert war.
Sie dauerten 45 bis 60 Minuten: ein Zeitraum, der sich in der Psychotherapie als der Konzentrationsfähigkeit der Gesprächspartner angemessen bewährt hat und auf den ich mich auch aus technischen Gründen (weil ich noch weitere Patienten einbestellt

hatte, mir der Raum nicht länger zur Verfügung stand oder der Patient nicht mehr Zeit erübrigen konnte) beschränken mußte. Die Gespräche wurden mit Wissen und Einwilligung des Patienten, der über meine Schweigepflicht informiert war, auf Tonband aufgezeichnet; in der Regel "vergaßen" die Patienten nach wenigen Minuten das anfänglich irritierende Mikrophon, nur in einem Fall schaltete ich das Gerät aus, weil ich -vergeblich- hoffte, die Patientin könne dann freier sprechen.

Ich saß dem Patienten gegenüber, hielt Blickkontakt zu ihm und versuchte ihm in der Anfangsphase des Gesprächs zunächst vor allem den Eindruck meines intensiven Zuhörens und meiner Bemühung um Einfühlung zu vermitteln, ihm seine Vorbehalte zu nehmen, ihm die Eingewöhnung in die neue Situation zu erleichtern und ihn zu entspannen.

Nach einigen mißglückten Versuchen, das Gespräch völlig "frei" zu beginnen -etwa mit der Aufforderung, doch "einfach" von und über sich zu sprechen-, auf die die Patienten nur verwirrt und hilflos reagieren konnten, begann ich so in der Regel, um den Patienten auf ihm vertrautes Terrain zu bringen, mit der Bitte, mir die Krankheitsgeschichte zu schildern und geriet von da aus, wenn der Patient sich einmal "warmgesprochen" hatte, meist leicht -über Einwürfe wie "Wie haben Sie denn da reagiert und das bewältigen können?" oder "Hat Ihnen denn damals jemand geholfen?" auf die Familiensituation, auf "auslösende Ereignisse" und das Verhalten des Patienten in Situationen, die er als belastend erlebte. Über die Frage, woher denn bestimmte Verhaltensweisen stammen könnten, ließ sich meist auch die Rede auf Eltern und Kindheit bringen. Das Gespräch entwickelte sich so im Idealfall "zwanglos" und "organisch" von einem Themenkreis zum andern, oft fast ohne direktive Eingriffe meinerseits, sobald es einmal gelungen war, dem Patienten die gespannte Erwartungsangst zu nehmen und einen freien Gedanken- und Ideenfluß anzuregen. In manchen Fällen benutzte der Patient die geschützte Situation des Interviews -die Stille im Raum, mein geduldiges teilnehmendes Zuhören- geradezu, um eine Art klärendes lautes Selbstgespräch zu führen, wenn er einmal angeregt war, über sich selbst nachzudenken und seine Gefühle wahrzunehmen.

Fünf Patienten schließlich (2 Männer und 3 Frauen) waren auf der Suche nach einer Psychotherapiemöglichkeit oder befanden sich in Krisen, zu deren Lösung sie Hilfe suchten.
Dagegen geriet das Gespräch bei verkrampften, in einer Abwehrhaltung befangenen oder zur Introspektion nicht fähigen Patienten auch oft genug (in neun Fällen, bei 5 Männern und 4 Frauen) zu einem quälenden "Würmerziehen", bei dem ich ständig enggefaßte direkte Fragen stellen mußte, auf die ich nur knappste Antworten erhielt, oder bei dem ich immer wieder den Patienten, der sich in faktische Details "verlor", auf "mein" Thema zurückzubringen versuchte.

2.3.4 Dokumentierung und Aufzeichnung der Interviewergebnisse; Supervision

Möglichst sofort nach dem Gespräch, noch unter dem "frischen" direkten Eindruck des Situationserlebnisses, fixierte ich die gewonnenen Informationen in einem ersten Gedächtnisprotokoll, wobei es mir vor allem um die Erfassung der "szenischen Informationen", der Wirkung des Patienten auf mich und meine Reaktionen auf ihn, zu tun war.
Diese erste Protokollfassung, die Beschreibung des Verhaltens des Patienten und der unmittelbare Reflex meiner emotionalen Reaktion in dieser Begegnung, überprüfte und überarbeitete ich in einem zweiten Schritt, nachdem ich die Bandaufzeichnung des Gesprächs abgehört hatte.
Die so entstandene zweite Protokollfassung, die später noch um Auszüge aus den Krankenblättern erweitert wurde, stellt die Grundlage der Auswertung dar.

Die Aufzeichnungen über die zur Supervision eingeladenen Patienten wurden mit Frau Professor Heigl-Evers diskutiert; sie führte dann in meiner Anwesenheit (im oben beschriebenen räumlichen und zeitlichen Rahmen) ein zweites Gespräch mit dem Patienten, das die Vertiefung und Bestätigung meiner Befunde, das Schließen von Informationslücken in meinen Gesprächen und eine qualifizierte sublimere Diagnostik, als sie mir zur Verfügung stand, zum Ziel hatte. (Die Ergebnisse dieser Supervisionsgespräche sind in den Fallgeschichten gesondert kenntlich gemacht.)

2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

2.4.1 Soziographische Daten und Angaben zum Krankheitsverlauf

Es wurden 34 Patienten untersucht, die Diagnose des Morbus Crohn (s. auch oben: "Entstehung der Patientengruppe") war in 27 Fällen histologisch gesichert; in 4 Fällen wurde sie makroskopisch intraoperativ bestätigt, in 3 Fällen allein aus Verlauf und röntgenologischen und endoskopischen Befunden gestellt.
21 der Patienten waren weiblich, nur 13 männlich. (In der Literatur über epidemiologische Studien ist das Geschlechterverhältnis meist ausgeglichen, die 3:2-Verteilung der von mir untersuchten Patienten entspricht aber den Zahlenrelationen innerhalb der an der Düsseldorfer Universitätsklinik internistisch betreuten Krankengruppe.)
Über die ganze Gruppe gerechnet, betrug das Durchschnittsalter 32,1 Jahre, aber auch hier macht sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bemerkbar: das Durchschnittsalter der Männer war mit 38,8 Jahren -mit einer Spanne von 22 bis 57 Jahre- weit höher als das der weiblichen Patienten, die im Durchschnitt 27,9 Jahre alt waren (15 bis 44 Jahre).
Hinsichtlich der Erkrankungsdauer -gezählt ab der Diagnose oder den ersten typischen, dem Verlauf zuzuordnenden Beschwerden- existierten keine Unterschiede: sie betrug insgesamt im Durchschnitt 6,5 Jahre, bei Frauen 3 Monate bis 14 Jahre, im Mittel 6,3 Jahre, bei Männern 18 Monate bis 11 Jahre, im Mittel 6,8 Jahre.
Kontinuitätserhaltend ileotomiert oder kolektomiert in unterschiedlichem Ausmaß waren 5 weibliche und 2 männliche Patienten; je 2 Frauen und 2 Männer waren Stomaträger. Zum Zeitpunkt des Interviews bestanden bei 15 Patienten (9 weiblich, 6 männlich) körperliche Symptome; 10 Patienten (6 weiblich, 4 männlich) waren zu diesem Zeitpunkt länger als ein Jahr -maximal 3 Jahre- völlig beschwerdefrei.

2.4.2 Ausbildung/Beruf

Alle Patienten besaßen zumindest eine abgeschlossene Hauptschulausbildung, 27 eine abgeschlossene Lehre (17 weibliche und

10 männliche Patienten). 6 Patienten (jeweils 3 Frauen und 3 Männer) hatten Abitur, eine Patientin und zwei männliche Patienten studierten oder hatten ein Studium abgeschlossen. Alle im Berufsleben stehenden Patienten hatten dort auch eine ihrer Qualifikation entsprechende Position inne.

2.4.3 Lebenssituation

15 weibliche und 11 männliche Patienten waren verheiratet oder lebten schon lange mit demselben Partner fest zusammen, 6 Frauen und 10 Männer hatten Kinder; bei 4 Frauen war es zum Teil mehrfach im Krankheitsverlauf zu Spontanaborten oder durch die Cytostatikatherapie erzwungenen Schwangerschaftsabbrüchen gekommen.
Je eine Frau und ein Mann waren von ihrem Ehepartner geschieden. Ohne Partner waren 6 weibliche und 2 männliche Patienten, davon lebten 3 (davon 2 weiblich) weiter im Elternhaus -sie waren allerdings alle noch nicht älter als 22 Jahre-.

2.5 Untersuchungsbefunde

2.5.1 Kindheitsgeschichte

Über Störungen der Beziehung zu den Eltern -vor allem zu den Müttern- bzw. über Anhaltspunkte für die Existenz solcher Störungen berichten Ford, Fürmaier, Reinhart und Kraft.

In meiner Untersuchungsgruppe läßt sich die hohe Frequenz von Patienten, die als Einzelkind oder in einer "Einzelkindposition" aufwuchsen, als Indiz für die mögliche Bedeutung einer besonders engen und -zumindest in den ersten Lebensjahren- mit keinem Geschwister geteilten Mutterbeziehung werten:
als Einzelkind oder in einer "Einzelkindposition" (damit bezeichne ich die Stellung als erst- oder letztgeborenes Kind mit einem Altersabstand von drei oder mehr Jahren zum nächsten Geschwister) wuchsen 21 Patienten -12 weibliche und 9 männliche Kranke- auf; zwei weitere männliche Patienten waren älteste Kinder mit einem Altersabstand von zwei bis drei Jahren und standen so in der Position des "erstgeborenen Sohnes".

Ein sehr augenfällig deutliches Indiz stellt der hohe Prozentsatz von Patienten dar, die in ihrer Kindheit "katastrophenhafte" (in objektiver Bedeutung wie im subjektiven Erleben) Änderungen der Familienstruktur erlebten: Änderungen, in denen die Störung der Beziehungen zwischen den Eltern oder zwischen Eltern und Kindern sich ganz manifest äußerten oder in denen Beziehungen durch den Tod zerstört wurden:
Von solchen "Katastrophen" waren 12 Patienten -7 Frauen und 5 Männer- betroffen worden: zwei männlichen Patienten und einer Patientin starb die Mutter, als sie 6, 8 bzw. 13 Jahre alt waren; der Vater einer weiteren Patientin starb, als sie 12 Jahre alt war; ein männlicher Patient verlor im Alter von 14 Jahren den Vater.
Im Fall eines Mannes und einer Frau verließ der Vater die Familie, noch ehe die Patienten drei Jahre alt waren; die Ehen der Eltern von 2 weiteren Patientinnen waren chronisch zerrüttet: im einen Fall verließ der Vater die Familie endgültig, als sie 10 Jahre alt war, im anderen kam es während der Kindheit und Jugend zu mehreren Trennungen der Eltern für jeweils längere Zeit.
Der ältere Bruder einer Patientin beging Selbstmord, als sie 15 Jahre alt war.
Eine Patientin wurde im Alter von 6 Jahren gegen ihren Willen in ein Internat geschickt; ein männlicher Patient mußte mit 14 Jahren ein sehr streng geführtes Lehrlingsheim weit entfernt vom Elternhaus beziehen.
9 dieser Patienten (darunter 2 Männer) beschrieben sich als "selbstunsicher".

Die Kindheitsgeschichten der untersuchten 13 Männer weisen Gemeinsamkeiten in überraschendem Ausmaß auf:
11 von ihnen bezeichneten sich selbst als "Muttersöhne", die in ihrer Stellung als Einzelkind oder als erstgeborener Sohn und "Stammhalter" von der Mutter "gehätschelt" und "verwöhnt" und den Geschwistern vorgezogen worden seien. Drei waren zudem allein, ohne Anwesenheit des Vaters in den ersten Lebensjahren, mit der Mutter aufgewachsen; entsprechend viele blieben auch lange und stark an die Mutter gebunden (so blieben 8 von ihnen auch nach Erreichen eigener wirtschaftlicher Unabhängigkeit noch lange -bis zur Heirat- im Haushalt von Mutter oder Großmutter) oder reproduzierten -in 7 Fällen- in der Ehe ihrer

Partnerin gegenüber die Rolle des verwöhnten, geschützten, passiv gelenkten "Muttersohnes".
Nur zwei von ihnen litten unter der Einengung durch die als "beherrschende Glucke" erlebte Mutter und kämpften um die Befreiung aus dieser Bevormundung (beide schilderten sich als selbstsicher und zur angemessenen aggressiven Reaktion fähig, beschrieben sich aber als extrem abhängig von Spannungslosigkeit in ihrem sozialen Umfeld und wiederholten in ihren Beziehungen die Symbiose mit der Mutter); alle anderen gaben an, diesen Zustand der Verwöhnung und Bevorzugung nur positiv erlebt zu haben.
Fast alle männlichen Patienten hatten so -oberflächlich betrachtet- die besten Voraussetzungen zur Entwicklung eines starken und "gesunden" Selbstbewußtseins und Selbstwertgefühls (es bedürfte jedenfalls einer eingehenden Analyse, zu entscheiden, wieweit dieses als so beglückend geschilderte Mutter-Sohn-Verhältnis nicht doch von Ambivalenzkonflikten belastet war), und es verwundert daher nicht, daß nur 5 von ihnen sich als in ihren Ichfunktionen beeinträchtigt erlebten:
4 beschrieben sich als selbstunsicher und als unfähig zu adäquat aggressiver Reaktion, einer als selbstsicher, aber als nicht fähig zu angemessen aggressivem Verhalten (bei ihm waren auch unterdrückte eigene aggressive Regungen als "auslösender Faktor" eruierbar).

Von diesen 5 Patienten beschrieb einer seine Identifikation mit seiner Mutter -und mit deren Mutter-, die beide ebenso unsicher, aggressiv gehemmt und getrieben von hohen Anforderungen an sich selbst gewesen seien wie er selbst; zwei Patienten waren von ihren als überstark und brutal erlebten Vätern unterdrückt und überfordert worden; zwei schließlich hatten die geliebte Mutter im Alter von 6 bzw. 8 Jahren verloren: der eine hatte dann mehrere Jahre in Heimen verbringen müssen, der andere hatte sich nach der Wiederheirat des Vaters in die neue Familie nicht einfügen können.

Bei den Patientinnen ist das Bild wesentlich uneinheitlicher; der Versuch, einzelne Gruppen aufgrund von gemeinsamen Charakteristiken der Kindheitsgeschichte zusammenzufassen, behält immer etwas Künstliches, zumal dabei letztlich winzig kleine

Gruppen ohne statistische Aussagekraft entstehen und ein ungeheuer dichtes Netzwerk von Überschneidungen zwischen den Gruppen nicht zu vermeiden ist. (Vid. deshalb Tab. I und II.)

5 Patientinnen schilderten ihre Kindheit als harmonische Idylle ohne alle Konflikte (4 davon waren verwöhnte Einzelkinder gewesen).
4 standen in der Kindheit in der von Paulley (1958) beschriebenen "sandwich"-Situation als Mittler zwischen Vater und Mutter oder Eltern und Geschwistern; ebenfalls 4 erlebten ihre Beziehung zu den Eltern als "überbehütet" und "zu eng", ohne daß eine wirklich "liebevolle", "warme" emotionale Atmosphäre geherrscht habe.
Zu Einzelheiten der Beziehung zu den Eltern:
7 Patientinnen beschrieben ihre Mutter als "kalt" und "gefühllos"; in 3 Fällen war diese "Kälte" bis zur Aggression gegen die Kinder und bis zu ihrer Vernachlässigung gesteigert, so daß die Patientinnen Gefühle von "Haß" gegen die Mutter äußerten und angaben, inzwischen jeden Kontakt mit ihr abgebrochen zu haben; 2 berichteten, nie ein zärtlich liebevolles Verhältnis zur Mutter gehabt zu haben, sie hätten nie zärtlichen Körperkontakt mit ihr erlebt (seien nie "gehätschelt" worden). In 2 weiteren Fällen schließlich erschien das Verhältnis zur Mutter hochambivalent, in der Spannung zwischen Zuneigung und Ablehnung und zwischen uneigennütziger Liebe und dem Versuch der Mutter, die Tochter dem eigenen Willen gefügig zu machen. (5 dieser 7 Frauen beschrieben sich als selbstunsicher und unfähig zu adäquat aggressivem Verhalten, eine "nur" als selbstunsicher.)

In 3 Fällen -alle diese Patientinnen erlebten sich als unsicher und unfähig zu angemessener Aggression- hatte der Vater als "eifersüchtiger Tyrann" über seine Töchter geherrscht, sie geprügelt und später versucht, ihre Kontakte zu anderen Männern mit allen Mitteln zu verhindern, ohne daß sich die schwache und weichere Mutter gegen ihn hätte durchsetzen können.

Auffallend viele Frauen (12) waren in der Konstellation "starke, agile, lebenstüchtige dominante Mutter/schwacher, stiller, in sich gekehrter, kranker und gescheiterter Vater" aufgewachsen. (Diese Situation bestand nur bei einem männlichen Patienten.)

In 4 dieser Fälle war es durch lange Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit des Vaters zu einer Art "Rollenumkehr" zwischen den Eltern gekommen, so daß die Mutter allein die Familienentscheidungen traf und -indem sie arbeitete, während der Vater krank zu Hause lag- auch die Position des "Familienernährers" übernommen hatte.
9 dieser Patientinnen fühlten sich weit eher als zur Mutter zum schwachen Vater hingezogen und hatten zu ihm die emotional wärmere und liebevollere Beziehung, beschrieben ihn auch als sich selbst im Wesen ähnlich und hatten sich mit ihm identifiziert. (Nur 3 von ihnen erlebten sich als selbstsicher und fähig zu adäquat aggressiver Reaktion.)

Reinharts Beschreibung der von ihm in der Familientherapie Crohn-kranker Kinder beobachteten Eltern entspricht dieser Konstellation, die auch Fürmaier beschreibt: allerdings scheint in diesen beiden Stichproben keine so einseitige Geschlechtsverteilung dieser Situation bestanden zu haben.

Natürlich reichen meine Informationen nicht aus, begründete Spekulationen über den Ablauf der präödipalen Phase in diesen Fällen anzustellen und zu entscheiden, wieweit dieser Konstellation an sich eine "pathogene Bedeutung" zukommt bei den 8 Patientinnen dieser Gruppe, die sich als eingeschränkt in ihren Ichfunktionen erlebten. (Fürmaier interpretiert diesen Befund unter Bezug auf Melanie Kleins Konzept der "depressiven Position".) 3 der 9 Frauen aus dieser Gruppe, die sich als unfähig zu adäquater Aggression und als selbstunsicher beschrieben, schilderten ihre Mutter als "kalt" (von ihnen gab eine sogar an, sie zu "hassen", eine hatte in der späteren Kindheit Krankheit und Tod des geliebten Vaters erlebt, eine hatte sich in eine Mittlerposition innerhalb der Familie gedrängt gefühlt). In dieser Mittlerposition hatten sich auch 2 weitere Patientinnen befunden; eine weitere hatte als Kind die Krankheit des Stiefvaters erlebt (ihre Mutter hatte kurz nach ihrer Geburt den leiblichen Vater, einen Trinker, verlassen); eine schließlich hatte ihr Einzelkinddasein als "steril, überbehütet und zu eng" erlebt.

2.5.2 Ichfunktionsstörungen

Über Mangel an Selbstsicherheit, Unterdrückung der eigenen aggressiven Regungen und Einschränkung der Eigenwahrnehmung berichten Crohn, Ford, Fürmaier, Paulley, Reinhart und Stewart bei den von ihnen untersuchten Crohn-Patienten.

Nach psychoanalytischer Theorie handelt es sich bei diesen Störungen der Ichfunktion um Symptome und Folgen einer Fixierung in den Objektbeziehungen der oralen Phase, in der Mutter-Kind-Symbiose.

In dieser Situation der Subjekt-Objekt-Diffusion kann das Kind noch keine stabilen und realitätsgerechten Ich- und Objektrepräsentanzen aufbauen; es kann sich nicht als eigenständig und getrennt vom Objekt erleben, bleibt auf dessen reale Anwesenheit angewiesen und muß so aggressive Regungen gegen dieses Objekt unterdrücken, um seine lebensnotwendige liebevolle Zuwendung nicht zu verlieren.

2.5.2.1 Mangel an Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl

Das Problem ihrer mangelnden Selbstsicherheit sprachen die betroffenen Patienten meist von sich aus spontan an, ohne daß ich es hätte erfragen müssen, da sie sich von diesem Gefühl der Selbstunsicherheit am stärksten beeinträchtigt fühlten und in ihm -soweit sie sich ihrer psychischen Situation bewußt waren- den Kernpunkt ihrer Lebensproblematik sahen.

Sie beschrieben sich als "unsicher", "schüchtern", als von Gefühlen der "Unterlegenheit" und "Minderwertigkeit" geplagt, als gezwungen, sich immer wieder -vor allem durch beruflichen Erfolg- "selbst zu bestätigen" (obwohl sie andererseits unter dem Zwang litten, sich im Beruf gegen andere Menschen durchsetzen zu müssen); sie sprachen von ihrem Bedürfnis nach "Schutz und Geborgenheit" und von ihrer Angst, "verlassen" zu werden. Sie fühlten sich unfähig, zu "dominieren" oder "im Mittelpunkt zu stehen".
Diese Züge bestimmten auch ihr Verhalten in der Gesprächssituation mir gegenüber und in von ihnen geschilderten Situationen: sie "suchten die Schuld" für alle in ihrer Umgebung auftretenden Konflikte zunächst bei sich selbst, viele Patienten opferten

sich und ihre berechtigten Interessen geradezu auf, um sich ein "harmonisches" Zusammenleben zu erhalten und um Bestätigung und Zuwendung durch die anderen nicht zu verlieren. So gaben viele Patienten an, weniger unter den Symptomen der Krankheit zu leiden, als unter dem Gefühl, ihretwegen "andern zur Last fallen" zu müssen -der Familie oder den Arbeitskollegen-: viele verheimlichten der Umgebung deshalb nach Möglichkeit die köperlichen Beschwerden oder bagatellisierten sie.
Vielen Patienten war es allerdings gelungen, dieses Gefühl der eigenen Unsicherheit und der "Minderwertigkeit und Unterlegenheit" anderen Menschen gegenüber zu "kompensieren" (wie eine von ihnen es formulierte), so daß sie fähig wurden, trotz dieser Empfindungen neue Aufgaben -etwa im Beruf- erfolgreich anzugehen und sich auch, unter großen psychischen Anstrengungen, gegen ihre Mitmenschen durchsetzen konnten.
Kriterium für die Beurteilung eines Patienten als "selbstsicher" war seine eigene Aussage in Übereinstimmung mit seinem Verhalten im Interview und/oder in von ihm geschilderten Lebenssituationen.

Ein Mangel an Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl bestand bei 18 Patienten (darunter nur 4 Männer), von diesen sagten 10 (davon 2 Männer), sie hätten diese Unsicherheit "kompensiert", litten aber weiterhin unter dem Gefühl der eigenen Unterlegenheit und müßten es jedesmal neu überwinden.

2.5.2.2 Unfähigkeit zu adäquat aggressivem Verhalten

Wenn die Rede nicht "organisch" auf das Aggressionsverhalten der Patienten kam, fragte ich, wie sie sich in aggressiv getönten Situationen verhalten würden oder -direkter- ob sie sich "wehren" könnten, wenn sie ungerechtfertigt angegriffen würden.
Als "unfähig zu adäquater Aggression" wurden Patienten beurteilt, die in Übereinstimmung mit ihrem Verhalten in von ihnen geschilderten Situationen diese Frage verneinten.
Diese Patienten erlebten aggressiv getönte Situationen als "unerträglich" und unternahmen alles, sie zu vermeiden oder sich aus ihnen zurückzuziehen. Sie waren bemüht, Konflikte in ihrer Umgebung zu schlichten und beschrieben ihre Reaktion den eigenen aggressiven Gefühlen gegenüber fast stereotyp so: "Steck's lieber ein" oder "Schluck's lieber runter, eh' hier

alles in die Brüche geht", "eh' Du alles kaputtmachst" (=die Beziehung zerstörst).

Charakteristisch -von 14 Patienten beschrieben- ist dieses "Runterschlucken" der Wut, das Gefühl, sie "wie einen Kloß im Hals stecken" zu haben. (3 Patienten reagierten in solchen Lagen regelmäßig mit starkem heftigen Stuhldrang.)
Viele Patienten "brüteten" -ein weiterer häufig verwandter Terminus- tagelang über den "verschluckten" -nicht geäußerten- Aggressionsgefühlen; Patientinnen reagierten -wenn sie nach einem solchen Konflikt wieder allein waren- mit Weinkrämpfen. Wenn sie nach einer erlittenen Kränkung ihre Gefühle, ihr Verletztsein überhaupt zeigten, taten sie das meist, indem sie "schmollten", dem Aggressor aus dem Weg gingen und nicht mehr mit ihm sprachen, bis dieser sich entschuldigte und sie zu versöhnen suchte.

Bei 3 Patienten (2 Männern und einer Frau) kam es schließlich zu "Explosionen" der "aufgestauten" Aggressionsgefühle, zu Ausbrüchen, die die Patienten selbst am meisten fürchteten und die von langen Phasen des Schuldgefühls gefolgt waren. Die "losgelassene" Wut konnte dann von den Patienten nicht mehr kontrolliert werden und verlor jede Relation zu Anlaß und Situation, so daß Beziehungen massiv gefährdet und das Gegenüber gegen den bewußten Willen des Patienten schwer verletzt werden konnte (zum körperlichen Ausdruck von aggressiver Gewalt kam es allerdings in keinem Fall). Bei einer Patientin trugen diese Aggressionsausbrüche ganz explizit Züge der Autoaggression: sie fuhr in solchen Lagen stundenlang mit dem Auto über Land und setzte sich dabei bewußt durch ihre Fahrweise dem Risiko aus, einen Verkehrsunfall zu provozieren, oder sie rauchte mehrere Zigaretten hintereinander, obwohl sie aus Erfahrung wußte, daß sie damit unweigerlich schmerzhafteste Darmkoliken verursachen würde.
Bei einem Mann und einer Frau existierte -aus ihren Schilderungen und ihrem Verhalten zu schließen- ein starkes, nur mühsam unterdrücktes Aggressionspotential, das ihnen selbst nicht bewußt war. (Ich weiche hier von dem Grundsatz ab, nur über explizite Äußerungen der Patienten zu berichten.)

Manchen Patienten war es auch gelungen, diesen Mangel zu "kompensieren": sie beschrieben sich als fähig, in aggressiv getönten

Situationen zu bestehen und sich angemessen zu verteidigen, mußten dabei aber erhebliche innere Widerstände überwinden und den Preis starker Schuldgefühle bezahlen.

Als unfähig zu adäquaten aggressiven Reaktionen beschrieben sich 18 Patienten (12 weibliche und 6 männliche).
5 Frauen und 2 Männer gaben an, diese Unfähigkeit "kompensiert" zu haben.
16 dieser Patienten erlebten sich auch als "selbstunsicher".

2.5.2.3 Einschränkung der Eigenwahrnehmung

Mit dem Begriff der "eingeschränkten Eingenwahrnehmung" bezeichne ich die Unfähigkeit, die eigenen Gefühle angemessen zu beschreiben und wahrzunehmen.
Als Maßstab dienten dabei die Erfahrungen mit anderen Patienten (außerhalb dieser Untersuchung) und ein sich einstellender "Gruppenstandard", als Kriterien das hilflose Schweigen des Patienten beim Versuch, die eigenen Emotionen zu schildern, sein Ausweichen in erläuternde Handbewegungen, die Diskrepanz zwischen seiner Selbstbeschreibung und dem Verhalten, das der Patient schilderte und im Interview zeigte.
Beschreibungen der eigenen Gefühle wie "Da hab' ich mich echt gut gefühlt" oder "Da war ich sehr deprimiert", die sich nicht weiter "spezifizieren" ließen, habe ich ebenso als "nicht angemessen" beurteilt wie die Beschränkung auf die Schilderung körperlicher Reaktionen -wie: "Da hab' ich tagelang gesessen und nur geheult".

-Allerdings lassen sich nach meinen Daten keine Aussagen über den Einfluß der intellektuellen Begabung und der Ausbildung des einzelnen Patienten auf die Entstehung dieses Mangels an Selbstwahrnehmung machen.-

Ich habe 16 Patienten -7 Frauen und 9 Männer- als in ihrer Eigenwahrnehmung eingeschränkt eingestuft.

2.5.2.4 Leiden unter der psychischen Problematik

9 Patienten -3 Männer und 6 Frauen-, die sich alle als "unsicher" und "unfähig zu adäquater Aggression" erlebten, sagten aus, unter dieser Problematik zu leiden.

5 Patienten -3 Männer und 2 Frauen- nahmen das Angebot an, am Lehrstuhl eine Psychotherapie zu beginnen. 3 von ihnen litten unter der Einschränkung ihrer Ichfunktionen, die anderen beiden erlebten einen Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf und psychischen Vorgängen und wollten eben "alles zur Heilung ihrer Enteritis regionalis einmal versuchen", wie einer von ihnen es formulierte.

2.5.3 "Alexithymie"

Die von Sifneos (1973) oder Freyberger (1978) gegebene Beschreibung "alexithymer" Erlebens-, Denk- und Kommunikationsstrukturen läßt sich beschreibend auf 16 Patienten (7 Frauen und 9 Männer) anwenden.

Bei ihrer Einschätzung habe ich mich, der Vergleichbarkeit der Ergebnisse wegen, der von Sifneos (1973) angegebenen rating-Skala bedient:

1. Der Patient beschreibt Details statt seiner Gefühle.
2. Er hat keine adäquaten Wörter für seine Gefühle.
3. Sein Phantasieleben ist eingeschränkt.
4. Er benutzt körperliche Aktion, um seine Gefühle auszudrücken.
5. Er benutzt körperliche Aktion als Mittel der Konfliktvermeidung.
6. Er ist unfähig zur Kommunikation.
7. Er berichtet endlos über Nebenumstände eines Ereignisses statt über seine Gefühle dabei.
8. Sein Gedankeninhalt ist auf äußere Ereignisse fixiert.

(Jede auf den Patient zutreffende Charakteristik wird als Punkt gezählt, so daß er auf einer Skala von 0 bis 8 eingestuft werden kann. Ich habe Patienten als "alexithym" bezeichnet, die 5 und mehr Punkte "erreichten": Fava (1976 II) hat bei der Colitis ulcerosa einen Durchschnittswert von 5,15 Punkten ermittelt, der mir zur Orientierung diente.)

Die Punkte 1, 2 und 4 dieser Skala decken meinen Begriff der "eingeschränkten Eigenwahrnehmung" weitgehend ab, so erklärt sich, daß dieser Befund meist -in 13 Fällen- in dem der "Alexithymie" enthalten ist.

-Sowohl der Begriff der "eingeschränkten Eigenwahrnehmung" wie der der "Alexithymie" bezeichnen, wie ich sie hier verwende, explizit nur "klinische Eindrücke" (analog etwa dem in der Exploration eines Schizophrenen erhobenen Befund der "assoziativen Lockerung des formalen Gedankenganges"); entsprechend kann es sich auch bei meinem Versuch, diese Eindrücke zu quantifizieren, nur um den Versuch einer ersten Näherung handeln.-

2.5.4 Auslösende Situation

Das Postulat eines Einflusses psychischer auf körperliche Prozesse stützt sich, solange -wie im Fall des Morbus Crohn- die genaue Pathophysiologie des somatischen Vorgangs -und damit die Möglichkeit seiner zentralvervösen Beeinflussung- nicht bekannt ist, nur auf Indizien:
auf zeitlichen Kontext zwischen "auslösender Situation" und Auftreten körperlicher Symptome also und auf den Zusammenhang, den der Patient in seinem Krankheitserleben selbst herstellt (in Äußerungen wie: "Da mußte ich ja einfach krankwerden." oder "Irgendwo mußte ich hin mit den Problemen."), während die Diskussion über den Mechanismus dieser Verbindung sich erschöpft in Mutmaßungen über erhöhte Darmkontraktilität, veränderte Durchblutung und allgemein geschwächte Abwehrlage unter psychischer Belastung.

Soweit zur prinzipiellen Problematik des Begriffs der "auslösenden Situation"; das untersuchungstechnische Problem besteht darin, daß bei längerem Krankheitsverlauf Ereignisse, Daten und zeitliche Beziehung dem Patienten oft nicht mehr präzise erinnerlich waren und so Ereignisse entweder der Vergessenheit (oder der Verdrängung) anheimfielen oder aber dem Kausalitätsbedürfnis des Patienten und meiner Frage zuliebe tatsächlich nicht existente Beziehungen im nachhinein konstruiert wurden.
(Meine Frage lautete etwa: "Gibt es denn innere oder äußere Ereignisse, die Sie mit dem Beginn der Krankheit -oder ihrer plötzlichen Verschlechterung- in Verbindung bringen könnten?")
Zudem handelte es sich bei dem auslösenden "Ereignis" oft weit eher um eine länger bestehende Belastungssituation mit nicht genau datierbarem Anfang und Ende, und auch der Morbus Crohn

begann in vielen Fällen schleichend mit zunächst uncharakteristischen Symptomen.
Schließlich ist theoretisch zu erwarten, daß auch ein "objektiv" belanglos erscheinendes "Mikrotrauma" als auslösender Faktor in Frage kommt, da entscheidend für seine Wirkung ja die psychische Disposition dessen sein soll, der es erlebt. (Paulley (1971) berichtet z. B., daß in den meisten Fällen ein verbaler Insult auslösend gewirkt habe.) Damit wird es aber für Patient und Untersucher oft schwer, zu entscheiden, ob einem Ereignis diese Funktion zuzubilligen sei. Schließlich bleibt unklar, in welchem Zeitraum vor der Manifestation der Erkrankung ein Ereignis stattfinden muß, um noch als "auslösend" bezeichnet werden zu können, da die Art und Dauer der körperlichen Prozesse, die es nach psychosomatischen Hypothesen initiieren soll, noch unbekannt sind. Ich habe -der Masse der Autoren folgend- diesen Zeitraum auf 6 Monate festgesetzt.

Auslösende Ereignisse für die Erstmanifestation der Erkrankung konnte ich bei 23 Patienten (14 weiblich, 9 männlich) eruieren; insgesamt fanden sich -auch Exacerbationen und Schübe eingerechnet- 45 solcher auslösenden Situationen bei diesen 23 Patienten. Den von Engel (1961) für die Colitis ulcerosa geforderten Zeitraum von weniger als 48 Stunden zwischen Ereignis und Beginn der Symptome konnte ich nur in 3 Fällen sichern, in 4 Fällen betrug er 1 bis 4 Wochen, in 2 Fällen 3 Monate, in 3 weiteren Fällen "einige" -nicht mehr präzise erinnerbare- Wochen. In den übrigen 33 Fällen traten die körperlichen Symptome nicht nach einem zeitlich eng begrenzten Ereignis, sondern während einer als belastend erlebten Situation auf. Nur 2 Patienten konnten die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges zwischen Situation und Krankheitsbeginn emotional nicht akzeptieren: in beiden Fällen hatte der M. Crohn sich in den ersten Ehemonaten manifestiert. Zu einer Kumulation mehrerer als belastend erlebter Faktoren in einer "auslösenden" Situation war es in 12 Fällen gekommen; bei 15 Patienten ließen sich "Auslöser" für mehrere Schübe nachweisen.

14 der 23 Patienten, bei denen sich solche Ereignisse oder Situationen eruieren ließen, waren "unsicher" und "unfähig zu adäquater Aggression", einer nur selbstunsicher, 2 nur unfähig

zu adäquat aggressiver Reaktion. 14 Patienten "fraßen" belastende Erfahrungen "in sich herein"; 7 wurden als alexithym und 8 als unfähig zur Selbstwahrnehmung beurteilt (davon 5 auch als alexithym).

Die auslösenden Situationen im einzelnen -wobei auch die kumulierenden Faktoren einzeln gezählt wurden-:
7 Patienten erkrankten in der Zeit der Vorbereitung auf Prüfungen und Examina, 6 in Phasen beruflicher Überlastung, 6 nach dem Tod eines Elternteils -der in 3 Fällen von Erbstreitigkeiten unter den Geschwistern gefolgt war-, 5 in den ersten Monaten der Ehe -3 Männer und 2 Frauen-, 4 Patientinnen während einer Ehekrise -eine beging Ehebruch, eine wollte sich von ihrem Partner trennen, eine entdeckte die Untreue ihres Mannes, eine stand vor der Aufgabe, sich gegen den Mann durchzusetzen-, 3 Patienten in Spannungssituationen mit Kollegen und Vorgesetzten. 3 Patientinnen befanden sich in der von Paulley (1958) als "sandwich"-Position beschriebenen Rolle als "Mittler" -zwischen den Eltern, zwischen Eltern und Geschwistern, zwischen Eltern und Verlobtem-.
Je 2 Patienten erkrankten nach der Aufgabe des als Mittel zur Selbstbestätigung erlebten Berufs, nach dem Verlassenwerden durch den Partner, nach dem gegen deren Widerstand erkämpften Auszug von den Eltern weg und während einer Krise in der Ehe der Eltern.
Jeweils ein männlicher Patient erkrankte nach dem Scheitern der beruflichen Karrierepläne, nach der Einberufung als Wehrpflichtiger, in Situationen, in denen er seine eigenen aggressiven Gefühle unterdrücken mußte, und in Situationen sozialer Spannung im Freundeskreis.
Eine Patientin brachte den Beginn ihrer Erkrankung mit ihren Schwierigkeiten, sich selbst als Frau zu akzeptieren, in Zusammenhang; eine weitere erlitt während zweier -erwünschter- Schwangerschaften neue Schübe, die zum Abort führten und die sie selbst mit der Angst vor dem Verlust des Kindes durch die Erkrankung begründete.
Je eine Patientin erkrankte nach dem Suizidversuch einer Schwester, nach einem Streit mit der Mutter, während der Pflege des geliebten schwerkranken Vaters, während der Eingewöhnung in eine völlig neue Umgebung und in einer Phase der Probleme mit einem verhaltens-

gestörten Kind.

Ich konnte so die Befunde Fürmaiers nicht bestätigen, der bei allen von ihm untersuchten Patienten -oft banale- Objektverlusterlebnisse als "Auslöser" eruiert hat:
ich habe solche Ereignisse (wie den Verlust eines geliebten Menschen oder die Trennung von ihm) nur in 17 (von insgesamt 45) Fällen gefunden; in 5 dieser Fälle hatten die Patienten die Trennung selbst herbeigeführt oder sich sogar erstritten. (Insgesamt berichtet die Mehrzahl der Autoren -gleich welcher theoretischen Ausrichtung- über eine Korrelation zwischen Krankheitsverlauf und psychischen Belastungen.)

Über die Gefühle der Patienten in der auslösenden Situation konnte ich nur von wenigen ausführliche Auskunft erhalten; eine depressive Reaktion, wie Freyberger (1972) sie bei der Colitis ulcerosa beschrieben hat, fand sich in 7 Fällen; das explizite Gefühl von "Hilfs- und Hoffnungslosigkeit", das Engel (1955, 1961) bei Colitis ulcerosa-Patienten beschrieb, konnte ich in keinem Fall eruieren. Auch Grace's Aussage, Durchfall sei stets von dem Wunsch begleitet, "to get rid of it, to get all over with it", ließ sich nicht bestätigen.

Eine Rolle als Konstituens der "auslösenden Situation" könnte dem

2.5.5 Umgang mit den eigenen Emotionen

der Patienten zugesprochen werden:
14 der 23 Patienten, bei denen solche Situationen zu eruieren waren, gaben an, als belastend und konflikthaft erlebte Gefühle (vor allem eigene aggressive Regungen) "in sich hereinzufressen". Sie beschrieben sich als unfähig, sich mit diesen Gefühlen -sehr häufig wurden auch solche des Gekränktseins erwähnt- bei einem anderen Menschen auszusprechen; sie müßten diese Emotionen so "lange mit sich herumschleppen" und "über ihnen brüten" (ein Begriff, den auch Paulley, 1948 und 1949, benutzt). Auch Jost hat diese Reaktion des "In-sich-Hereinfressens" bei 60 % der von ihm untersuchten Patienten beobachtet.
Insgesamt schilderten 17 Patienten -9 weibliche und 8 männliche- diese Reaktion; 13 von ihnen waren gleichzeitig "selbstunsicher"

und "unfähig zu adäquat aggressivem Verhalten", ein Patient beschrieb sich nur als unfähig zu adäquater Aggression. (Auch die Formulierung des "Fressens" und "Schluckens" verweist ja auf die mögliche Entstehung solcher Reaktionsweisen in der oralen Phase.)

2.5.6 Nebenbefunde

2.5.6.1 Psychiatrische Diagnosen

Ein Anhalt für das Bestehen einer Psychose ergab sich nur bei einem männlichen Patienten, bei dem, auch im Supervisionsgespräch, der Verdacht auf das Vorliegen einer "latenten Schizophrenie" geäußert wurde.

2.5.6.2 Umgang mit der Krankheit/Einfluß der Erkrankung auf Partnerbeziehungen

Anhaltspunkte für das Ausnutzen eines "sekundären Krankheitsgewinns" in dem Sinn, daß die Patienten die Erkrankung benutzt hätten, sich belastenden Situationen zu entziehen, mehr Zuwendung zu erhalten oder materielle Vorteile in Anspruch zu nehmen, bestanden kaum:
die meisten versuchten im Gegenteil, ihre Schwäche und ihr Leiden der Umwelt zu verbergen und ihre Pflichten weiter zu erfüllen; viele litten unter dem Gefühl, anderen Menschen der Krankheit wegen zur Last fallen zu können; "bemitleidet" wollte keiner von ihnen werden. So hatten auch nur wenige -diese Befunde decken sich mit Gazzard's Ergebnissen- sich wegen der Krankheit berenten lassen oder deshalb (meist erst nach langem Widerstand) ihren Arbeitsplatz aufgegeben. Manche hatten sogar trotz bestehender chronischer Beschwerden regelrecht Karriere in ihrem Beruf gemacht.

Eine Patientin war wegen der Erkrankung von ihrem Mann verlassen worden; eine weitere berichtete über die Ungeduld ihres Mannes mit ihrer Krankheit und Schwäche; alle anderen lobten Unterstützung und Verständnis ihrer Partner während der Erkrankung.

Von den 4 untersuchten Stomaträgern ging nur eine Patientin seit der Operation neuen Beziehungen zu Männern ängstlich aus

dem Weg, weil sie fürchtete, körperlichen Ekel bei ihrem Partner zu erregen; die anderen drei -davon 2 Männer- berichteten fast enthusiastisch über ihr "neues Leben" mit dem Stoma, über die ungeheuere Erleichterung, endlich frei von ständigen Schmerzen und fast unkontrollierbaren Diarrhoen zu sein, die sich auch auf ihr Sexualleben auswirke.

2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die psychoanalytische Beschreibung der kindlichen Entwicklung und der Ichfunktionsstörungen psychosomatischer Patienten -und damit implizit das psychoanalytische Modell der Entstehung und Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen- läßt sich auf 18 der 34 untersuchten Crohn-Patienten ganz oder zum größten Teil anwenden: (Vid. Tab. I)
alle -dies habe ich als "Leitsymptom" benutzt- beschrieben sich als selbstunsicher, litten unter dem Gefühl der eigenen Minderwertigkeit und waren zur Bestätigung und Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühls auf Bestätigung und Zuwendung von außen angewiesen.
Bis auf 2 waren sie auch unfähig zu adäquater aggressiver Reaktion, konnten sich nicht wehren und sich in aggressiv getönten Situationen nicht behaupten. Manche waren hilflos explosionsartigen Ausbrüchen der eigenen, nicht länger beherrschbaren unterdrückten Wut ausgeliefert.
10 -bzw. 7 im Fall der Aggression- der Patienten gaben an, diese Ichfunktionsstörungen "kompensiert" zu haben, sich trotz Angst und Unsicherheit durchsetzen und in Beziehungen behaupten zu können und trotz weiter bestehender Schuldgefühle auch zur Verteidigung der eigenen Interessen fähig zu sein.

Hinweise auf Störungen der frühen Beziehungen zwischen Eltern -besonders der Mutter- und Kind oder Belege für ihre Existenz fanden sich in allen bis auf 2 Fälle.

"Auslösende Situationen" waren von 15 dieser 18 "selbstunsicheren" Patienten zu eruieren: die damit angedeutete mögliche Beeinflussung der Erstmanifestation und des Verlaufs der Erkrankung durch innere und äußere Ereignisse läßt sich eben aus der psychischen

"Disposition" dieser Kranken erklären, aus ihren oben beschriebenen Ichfunktionsstörungen also und der damit gegebenen erhöhten "Vulnerabilität" Belastungen gegenüber also, aus ihren ungenügenden Konfliktlösungstechniken -der Unfähigkeit zu adäquater Aggression- und ihrer Unfähigkeit, belastende Erfahrungen mitzuteilen und psychisch zu bewältigen -der Reaktion des "In-sich-Hereinfressens" und "Brütens" über solchen Erlebnissen.

"Theoriewidrig" ist allerdings der sehr geringe Anteil von Patienten in dieser Gruppe, die als "eingeschränkt in ihrer Eigenwahrnehmung" beurteilt wurden.

Alle diese Faktoren -unglückliche Eltern-Kind-Beziehung, die Reaktion des "In-sich-Hereinfressens" und -nach der obigen Erklärung durchaus verständlich- auslösende Ereignisse- ließen sich bei der zweiten Gruppe von 16 Patienten, die sich als "selbstsicher" und "fähig zu angemessener aggressiver Reaktion" beschrieben, sehr viel seltener oder fast gar nicht eruieren. (Vid. Tab. II)

Dafür imponierten bis auf zwei alle dieser Patienten als "alexithym" und/oder "reduziert in ihrer Eigenwahrnehmung":
Diese Konstellation ist einmal explorationstechnisch erklärbar in dem Sinn, daß den Patienten all diese Faktoren eben nicht erlebbar und verbalisierbar gewesen seien, zum anderen -und diese beiden Erklärungen schließen sich nicht gegenseitig aus- kann dieses "Abgeschnittensein von den eigenen Gefühlen" auch -folgt man den Vertretern des Alexithymiekonzepts- als "in sich pathogener Faktor" angesehen werden. (Der "dringende Verdacht" im Sinne eines "Evidenzerlebnisses" (Nach Argelander) ergab sich bei zwei männlichen Patienten.)

Allerdings finden sich auch in dieser Gruppe psychische Konflikte und "Lebensproblematiken", die sich, so heterogen sie sind, in Beziehung zur körperlichen Erkrankung setzen ließen: von den beiden männlichen Patienten, die unter ihrer beherrschenden "Mutterglucke" litten und dem Patienten, der die geliebte Mutter früh verloren hatte und unfähig zu aggressiver Reaktion war, habe ich schon oben berichtet; im Falle zweier Patienten, die sich im Gespräch bewußt und aggressiv verweigerten, ergab sich immerhin der Verdacht, daß ihre hochfliegenden beruflichen

und familiären Pläne gescheitert waren -einer von ihnen bezeichnete diese Situationen des Scheiterns auch als "auslösend"-; ein Patient opferte sich -wie schon sein Vater- für die Familie auf und litt darunter, dafür keinen Dank zu finden -brachte diese Enttäuschung auch mit der Manifestation der Krankheit in Zusammenhang-; ein Patient schien, ohne sich dessen selbst bewußt zu sein, von Unruhe und Ehrgeiz geradezu verzehrt zu werden; ein weiterer litt sehr unter der Verantwortung, die er im Beruf zu tragen hatte; einer schließlich war schon vor Beginn des Morbus Crohn hypochondrisch auf seinen Körper fixiert - die Ileitis manifestierte sich nach einer "Generaluntersuchung" wegen erhöhter Leberwerte.

Von den weiblichen Patienten litten zwei auch im Erwachsenenalter noch unter den Erlebnissen ihrer Kindheit: der Vater der einen war ein eifersüchtiger brutaler Tyrann, die andere gab an, ihre kalte herrschsüchtige Mutter zu hassen. Eine Patientin litt unter dem Verlust des geliebten, als Ideal verehrten Vaters und befand sich auf der erfolglosen Suche nach einem Partner, der ihn "ersetzen" könnte:
diese gescheiterten Beziehungen betrachtete sie auch als auslösend neben dem Verlust des Vaters und der Schwester durch tödliche Unfälle.
Keine Problematik und kein Hinweis auf eine solche ließ sich bei vier Patientinnen eruieren.

Es bleibt die Frage, wieweit diese relativ scharfe Trennung des untersuchten Kollektivs in zwei Gruppen, von denen die eine gekennzeichnet ist durch belastende Erfahrungen in der frühen Kindheit, durch Selbstunsicherheit und Unfähigkeit zu adäquat aggressivem Verhalten und durch einen engen zeitlichen erlebnismäßigen Kontext zwischen belastenden Erlebnissen und Krankheitsverlauf, während die andere als gemeinsames Merkmal "nur" Alexithymie und eingeschränkte Eigenwahrnehmung aufweist, wieweit diese Trennung Artefakt ist, bedingt durch Art und Umfang der Exploration und den -immer noch verhältnismäßig kleinen- Umfang der Untersuchungsgruppe.

Andererseits läßt dieser Befund sich in Beziehung setzen zu den Äußerungen Freybergers (1978), wonach erstens alle Abstufungen von der "psychosomatischen", in Manifestation und weiterem

Verlauf von psychischen Faktoren wesentlich beeinflußten Erkrankungsform zur "rein somatischen" existieren und wonach zweitens von der Alexithymie, die Freyberger wie Melitta Mitscherlich (1976) als Ausdruck einer Störung der frühen Mutterbeziehung auffaßt, alle quantitativen Übergänge zur psychoneurotischen Fehlentwicklung möglich sind.

2.7 Diskussion

Die von der Hälfte der untersuchten Patienten berichteten Ichfunktionsstörungen (Selbstunsicherheit und Unfähigkeit zu adäquat aggressiver Reaktion) scheinen mir sicher unabhängig von der somatischen Erkrankung zu existieren, also nicht Krankheitsfolge zu sein:
die Patienten sagten aus, schon vor Manifestation der Krankheit unter dieser psychischen Problematik gelitten zu haben; es besteht auch keine Korrelation zwischen ihr und Dauer, anatomischer Ausdehnung, Aktivität und subjektiven Symptomen des Morbus Crohn. Zudem lassen sich in allen diesen Fällen deutliche Hinweise auf die Genese dieser psychischen Störungen aus Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehung eruieren:
Kausalzusammenhänge, die viele der Patienten selbst herstellten und die das psychoanalytische Modell der Entstehung psychosomatischer Krankheiten durchaus bestätigen. (Sie entsprechen auch den Ergebnissen anderer psychoanalytisch orientierter Untersuchungen zum Morbus Crohn.)
Allerdings sind diese Befunde -wenn sie mir auch häufiger als in einer "Normalbevölkerung" zu sein scheinen (dies wäre in einer kontrollierten Studie zu untersuchen)- sicher nicht spezifisch für den Morbus Crohn: Sie entsprechen ganz den Berichten über Kindheitsgeschichten und Persönlichkeitsstruktur bei anderen "psychosomatischen" Erkrankungen.

-Auch zur Untersuchung möglicherweise doch bestehender Unterschiede wäre wieder der Einsatz von Vergleichsgruppen und von einer weit sublimeren Methodik, als sie mir zur Verfügung stand, erforderlich.- Auffällig hoch im Vergleich zu anderen "psychosomatischen Krankheitsbildern" scheint mir aber der Anteil von Patienten, die angaben, diese Ichfunktionsstörungen "kompen-

siert" zu haben, also trotz ihrer, wenn auch unter erheblichen psychischen Anstrengungen, zur Bewältigung der Lebensanforderungen fähig zu sein.

Viele dieser Patienten zeigten auch eine ausgeprägte emotionale Distanz zu den eigenen Ängsten und Bedürfnissen und zu den eigenen belastenden Erfahrungen. (Ähnlich hart kämpften die meisten auch gegen ihre körperliche Krankheit und die aus ihr resultierenden Behinderungen an.)

Schließlich ist in diesem Zusammenhang zu fragen, wieweit diese Ichfunktionsstörungen spezifisch für den Morbus Crohn selbst sind: Denn bei den meisten der Patienten, die sich als "selbstsicher" erlebten, waren ja ebenfalls psychische Probleme (sehr heterogener Art) zu eruieren, die z. T. als stark belastend erlebt wurden, das Leben der Patienten augenscheinlich wesentlich beeinflußten und die sich hypothetisch durchaus auch mit dem Krankheitsverlauf in Verbindung bringen ließen.

"Auslösende Situationen" (den oben, im entsprechenden Abschnitt, dargestellten Schwierigkeiten einer retrospektiven Untersuchung wäre nur mit einer den Krankheitsverlauf begleitenden oder einer prospektiven Studie abzuhelfen) habe ich bei zwei Dritteln der untersuchten Patienten eruiert, in fast der Hälfte der Fälle ließen sich solche Situationen sogar für jeweils mehrere Schübe ermitteln.

Diese Befunde stellen ein deutliches Indiz für die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs beim Morbus Crohn durch psychische Faktoren dar; aber die eruierten auslösenden Situationen sind untereinander inhomogen, sie finden sich auch bei den "selbstsicheren", nicht dem psychoanalytisch-psychosomatischen Modell entsprechenden Patienten, sie scheinen oft kaum spezifisch für die psychische Problematik des Betroffenen und sind sicher nicht spezifisch für den Morbus Crohn im Vergleich mit anderen "psychosomatischen Krankheiten". (Die "life-event-Forschung" (z. B. Rahe (1964)) hat ja auch bei nicht-psychisch oder psychosomatisch Erkrankten eine signifikante Häufung solcher psychisch belastender Ereignisse vor dem Krankheitsbeginn gegenüber Gesunden ermittelt.) Bedeutsam für die "auslösende Potenz" einer Situation könnte die häufig berichtete Reaktion des "In-sich-Hereinfressens" als belastend erlebter Gefühle und Erfahrungen sein, die der

Patient weder mitteilen noch psychisch adäquat verarbeiten kann.

Was schließlich den Befund "Alexithymie" und/oder der "eingeschränkten Eigenwahrnehmung" betrifft, den ich bei etwa 50 % der von mir untersuchten Patienten erhoben habe, so bezeichnen beide Termini (wie schon im Abschnitt "Alexithymie" betont) letztlich (wie auch in der mir vorliegenden Literatur zum Morbus Crohn) "nur" "klinische Eindrücke" -analog etwa dem psychiatrischen Befund einer "assoziativen Lockerung des Gedankengangs"-.

Mein Versuch einer Quantifizierung dieser Eindrücke kann so nur einen Behelf darstellen.
Es erscheint fruchtlos, aus diesen Befunden weitere Folgerungen abzuleiten; beide erfordern eine Untersuchung mit adäquater Methodik und eine Definition auf dieser Basis.
Ich habe sie dennoch in meine Fragestellung einbezogen, weil sie -vor allem der Begriff der "Alexithymie"- in der psychosomatischen Literatur eine wesentliche Rolle spielen, und ich referiere meine methodisch zweifelhaften Ergebnisse hier, weil das "Erlebnis des Alexithymen" -nach Sifneos' (1973) oder Freybergers (1978) Beschreibung- tatsächlich mein im Lauf der Untersuchung entstandenes Bild des "typischen Crohn-Patienten" wesentlich mitgeprägt hat.

Tabelle I: "Leitsymptom": "Selbstunsicherheit"

Selbst-unsicher	Unfähig zu adäquater Aggression	Alexithymie	Reduzierte Eigenwahrnehmung	Psych. Leiden	Auslöser	In-sich-Reinfressen	Einzelkind	Mutter-sohn	Kalte Mutter	Starke Mutter/ Schwacher Vater	Vatertyrann	Katastrophe in der Kindheit
Frau P.	x	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	x
Frau S.	x	-	-	x	x	x	x	-	x	-	x	-
Frau Pl.	x	-	-	x	-	x	-	-	x	-	-	x
Frau K.	x	-	-	x	x	x	x	-	x	x	-	-
Frau G.	x	-	-	x	x	-	-	-	x	x	-	x
Frau Schl.	-	-	-	-	x	-	x	-	x	x	-	x
Frau H.	x	x	x	-	x	-	x	-	-	x	-	-
Frau Sp.	x	-	-	-	x	x	-	-	-	x	-	x
Frau Kr.	x	-	-	x	x	x	-	-	-	x	-	-
Frau Schö.	x	-	x	-	x	x	x	-	-	x	-	x
Frau Ku.	x	-	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-
Frau F.	x	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-	-
Frau B.	x	-	x	-	x	x	x	-	-	-	x	-
Frau Ke.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Herr W.	x	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-
Herr Ki.	x	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	x
Herr G.	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-
Herr H.	x	-	-	x	x	x	x	x	-	-	x	x

Tabelle II: "Leitsymptome": "Selbstsicherheit" und "Alexithymie"/"reduzierte Eigenwahrnehmung"

Patient	Alexithymie	Reduzierte Eigenwahrnehmung	Unfähig zu adäquater Aggression	Auslöser	In-sich-Reinfressen	Einzelkind	Mutter-Sohn	Kalte Mutter	Starke Mutter/ Schwacher Vater	Vatertyrann	Katastrophe in der Kindheit
Herr Ha.	x	-	-	x	x	x	x	-	-	-	x
Herr S.	x	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-
Beide Patienten hatten ihre Mutter als überbehütend, als "Glucke" erlebt.											
Herr Ju.	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Herr J.	-	-	x	x	-	x	x	-	-	-	x
Hier scheinen Konflikte im Umgang mit der eigenen Aggressivität die psychische Problematik zu bestimmen.											
Herr Go.	x	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-
Herr Br.	x	x	-	x	-	x	x	-	-	-	x
Beide Patienten verweigerten sich im Interview.											
Herr P.	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herr K.	x	x	-	-	x	x	x	-	-	x	-
Herr Pe.	x	x	-	x	-	x	x	-	x	-	-
Frau Sch.	-	x	-	-	x	x	-	x	x	-	-
Frau Ha.	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
Frau Kn.	x	x	-	-	-	x	-	-	x	-	-
Frau Br.	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Frau T.	x	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-
Frau N.	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-
Frau M.	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-

Diese beiden Patientinnen schilderten ihre Kindheit, ihr Verhältnis zu den Eltern und ihr Leben als völlig konfliktfreie Idyllen.

Anmerkung zu den Tabellen:

Die Reihenfolge der Patienten wie die Auswahl der hier aufgeführten biographischen und persönlichen Merkmale bleibt letztlich willkürlich:

Es soll nur anhand dieser grob definierten Merkmale versucht werden, Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Patienten einerseits und Beziehungen zwischen einzelnen Merkmalen andererseits (bzw. das Fehlen solcher Ähnlichkeiten und Beziehungen) darzustellen.

3.0 Falldarstellungen

In der Anordnung der Falldarstellungen bin ich der Reihenfolge, in der die Patienten in den beiden Tabellen aufgeführt sind, gefolgt.

Einen Teil der Berichte gebe ich zugunsten anderer, besonders "eindrücklicher" in gestraffter Form wieder.

Die Ergebnisse der von Frau Professor Heigl-Evers geführten Supervisionsgespräche sind jeweils kenntlich gemacht; bei den als Zitat gesetzten Aussagen und Formulierungen handelt es sich um wörtliche Äußerungen der Patienten.

3.1 Frau P.

22 Jahre alt, OP-Schwester, verheiratet, keine Kinder.

Die Krankheit manifestierte sich 1976, als sie 18 war, mit Übelkeit, Erbrechen, Koliken und schleimig-blutigen Diarrhoen. Sie verlor schnell an Gewicht und mußte ein halbes Jahr später für 10 Wochen stationär aufgenommen werden: röntgenologisch war das terminale Ileum und das gesamte Colon befallen. Es ging ihr dann gut, bis sie Anfang 1977 wieder stationär behandelt werden mußte: endoskopisch und histologisch wurde ein M. Crohn des Colons vom Rectum bis zum Descendens, des Oesophagus, des Magens und des Duodenums gesichert. Es bestand eine Vulvafistel. 1978 und 1979 war sie jeweils zweimal in stationärer Therapie, das vorerst letzte Rezidiv erlitt sie im Januar 1980; zum Zeitpunkt des Interviews stand sie kurz vor der Entlassung von Station.

Eine kleine zierliche hübsche Frau, sich ihrer Attraktivität auch bewußt, wie sie bei der Supervision sagte, mit kurzen blonden Haaren und einem "niedlichen Püppchengesicht", zu dem die rauhe tiefe Stimme nicht paßte, in modischer Hose und Bluse. Sie verhielt sich unbefangen und kühl-selbstsicher, hielt Blickkontakt und antwortete, mit langen Pausen des Nachdenkens, sorgfältig und ausführlich. Gestik und Mimik waren mäßig ausgeprägt, Sprachmodulation und Wortwahl wirkten aber oft inadäquat-untertreibend: so beschrieb sie das Zusammenfallen

von Ausbruch der Krankheit, Abitur und Streit der Eltern als "natürlich 'ne Belastung". Sie blieb sorglich auf Distanz bedacht, verweigerte sich der Einfühlung und sagte nichts über ihre Gefühle aus: ich hatte das Gefühl, sie nicht erreichen zu können, die Oberfläche, die sie mir bot, nicht durchdringen zu können und hatte den Eindruck von starker, sorgfältig kontrollierter Aggressivität hinter ihrer kühlen Maske: Erlebnisse, die sich beim Supervisionsgespräch bestätigten.

Frau P. ist die älteste von 3 Schwestern -die 2 bzw. 6 Jahre jünger sind-. Die Ehegeschichte der Eltern, die beide als Musiker arbeiten, ist ihr selbst verworren: sie ist, wie sie erst mit 18 Jahren von ihrem Vater erfuhr, die Frucht einer "Dreierbeziehung" der Mutter vor der Ehe; ihre ersten beiden Lebensjahre verbrachte sie als "Nesthäkchen und Lieblingsenkelkind" bei den Großeltern (träumt heute noch von dieser Zeit), war dort auch später am liebsten.
Als sie 8 war, verließ der Vater die Familie für 6 Jahre, blieb dann für 5 Jahre, um die Familie erneut zu verlassen, als sie 20 war, und hat sich auch inzwischen wieder mit der Mutter versöhnt. Streit der Eltern gehöre zu ihren frühesten Kindheitserinnerungen, auch nach der Rückkehr des Vaters sei es "schwierig" gewesen, "immer zwischen zwei Fronten zu stehen", sie habe die letzten Jahre zu Hause nur mit der Unterstützung ihres späteren Mannes überhaupt durchstehen können.
Sie selbst sei für die Eltern immer die "älteste Schwester", mit der sich "vernünftig reden" ließ, gewesen, von ihr habe es immer geheißen: "Ich könnte ja alles allein bewältigen, ich bräuchte ja keine Hilfe, ich würde mit allem fertigwerden, weil ich auch nie was in den Vordergrund gespielt hab'; wenn ich so privat irgendwelche Probleme gehabt hab', hab' ich sie eben für mich allein ausgeheult oder was, und die anderen haben das eben direkt überall erzählt, wie unglücklich sie wären und so." Die jüngste Schwester ist seit einer Körperbehinderung durch einen Unfall -als die Patientin 12 war- "Mittelpunkt der Familie", was Frau P. nur schwer akzeptieren konnte; auch die andere Schwester sei immer ihr vorgezogen worden -diese Schwester beging (Supervisionsergebnis) nach der "hörigen" Beziehung zu einem Mann einen Suizidversuch und war dann 2 Jahre in Psychotherapie.

Den Vater beschreibt sie als "schwierig", "sensibel", in sich gekehrt und unzugänglich, aber als "noch sehr jung auf seine Art". Zu ihr sei er "wie'n Freund", die Aufklärung über ihre tatsächliche Abkunft habe ihre Zuneigung zu ihm nur verstärkt. Die Mutter habe "immer den Fehler gemacht, alles in sich reinzufressen" und nach außen ein lächelndes Gesicht zu zeigen; erst nach der letzten Trennung vom Vater sei sie zusammengebrochen, habe getrunken und Asthmaanfälle entwickelt. Sonst sei sie aber "fröhlich" gewesen, "man" habe sich bei ihr "geborgen" aber nicht "eingesperrt" gefühlt. Andererseits habe die Mutter einmal Bedauern darüber geäußert, wegen der Kinder ihre Musikerkarriere aufgegeben zu haben.

(Trotz alldem besteht die Patientin mit fast emphatischer Betonung darauf, eine "schöne Kindheit" gehabt zu haben.) Als Kind sei sie sehr "jähzornig" gewesen, sie wehre sich auch jetzt noch "gegen jede Bevormundung". Ihre "Schüchternheit", ihr "Minderwertigkeitsgefühl", das sie immer schnell zum Gefühl der "Unterlegenheit" brachte, und ihr Unvermögen, sich durchzusetzen, habe "sich gegeben", sie habe auch im rauhen Arbeitsklima der Chirurgie viel Schlagfertigkeit gelernt.

Ihren Mann -das folgende sind zum überwiegenden Teil Ergebnisse der Supervision- kennt sie seit 7 Jahren, hatte außer ihm zwei oder drei andere Sexualpartner. Sie finanziert sein Studium, leidet aber, daß er jetzt schon so "geregelt" und "festgelegt" lebt, nur mit Mühe, erlebt sich in der Beziehung als die "Stärkere" und hat, wenn er nicht genügend Verständnis für ihre Krankheit aufbringt, auch -worüber sie völlig sachlich sprach- "Zweifel, ob er der Richtige ist". Sie wolle ihr Leben "ohne Rücksicht auf Moral" auskosten, "solange sie noch jung ist", ihrem Mann sei sie treu, weil er ihre Untreue "nicht verkraften" würde.

Zum Zeitpunkt des ersten Schubs standen die Eltern kurz vor einer Trennung, sie selbst, eine mittelmäßige Schülerin, befand sich im Abitur. Dem zweiten Schub ging die endgültige Trennung der Eltern voraus, sie selbst heiratete, mußte aber aus finanziellen Gründen weiterarbeiten, und ihre Schwester unternahm den Suizidversuch. Sie selbst steht der auslösenden Potenz

dieser Situation zweifelnd gegenüber: "die Familiensituation sei immer schlecht gewesen", und sie habe das, ohne sich "in was reinzusteigern" immer "ganz gut kompensieren können".

Inzwischen hat sie fast täglich Magenschmerzen, die sie selbst auf die körperlich anstrengende und zeitlich unregelmäßige Arbeit im OP zurückführt, die sie mittlerweile auch nur noch als langweilige Routine erlebe. Jetzt, als stationäre Patientin, sei sie auch ohne Medikamente beschwerdefrei. Auf Aufregungen reagiere sie mit Durchfällen, manchmal ließen sich ihre Bauchschmerzen auch zu -positiven wie negativen- Ereignissen in Beziehung setzen: sie könne sie dann auch willentlich unterdrücken.

3.2 Frau S.

31 Jahre, verheiratet, keine Kinder, arbeitslos wegen der Erkrankung.

Sie selbst ist überzeugt, die Krankheit "schon als Kind" gehabt zu haben: schon damals habe sie bei Aufregungen schmerzhafte Verstopfung bekommen. Unter diesen Symptomen -schmerzhafte Obstipation, Blut- und Schleimbeimengung zum Stuhl- wurde sie im Oktober 1978 laparatomiert; es fand sich eine Entzündung des terminalen Ileums. Eine Koloskopie Anfang 1979 erbrachte bis auf fragliche Veränderungen an der Ileocökalklappe keinen pathologischen Befund, histologisch wurde die Diagnose eines M. Crohn gesichert.

Eine blasse ungeschminkte Frau, etwas stark gebaut, mit langen glatten Haaren: sie wirkte fast penibel adrett, saß sehr gerade mit übereinandergeschlagenen Beinen und sprach ein bemühtes Hochdeutsch, das in seinem langsamen sorgfältigen Ductus -wie die sehr beherrschte Mimik und Gestik auch- ganz die "Adrettheit" ihrer äußeren Erscheinung widerspiegelte: sie war in ihren Aussagen sorgsam um Vollständigkeit und korrekten Ausdruck bemüht, sah meistens denkend an die Decke und strahlte mich nur manchmal, wie um Lob heischend, an: sie wirkte so -ein Eindruck, der sich in der Supervision bestätigte- wie ein braves Schulmädchen, das einen möglichst guten Eindruck

machen will. Ich fühlte mich unwohl in der Rolle des dominanten allwissenden Zuhörers und Fragestellers, in die sie mich gedrängt hatte, ohne daß ich ihre Gefügigkeit hätte brechen können.

Sie ist das jüngste von 3 Kindern -eine Schwester ist 10, ein Bruder 5 Jahre älter-, sei als Kind sehr kränkelnd gewesen und entsprechend von den Eltern "gehätschelt" worden. Allerdings seien Kindheit und Erziehung "sehr verklemmt" gewesen, ihre Eltern hätten "nicht so aus sich raus gekonnt": so habe sie -wie sie in der Supervision sagte- nie wirklich emotionalen und körperlichen Kontakt zur Mutter gehabt. Zärtlichkeiten zwischen den Eltern habe sie nie gesehen, und noch bei der Verlobung unterm Weihnachtsbaum sei sie ausführlich ermahnt worden, "der Familie keine Schande zu machen": "Ich hab's also geschafft, nicht heiraten zu müssen": wie es dem Bruder geschah; die Schwester, deren Mut sie bewunderte, zog mit 18 Jahren von den Eltern weg und bekam ein uneheliches Kind.

Den Vater beschreibt sie als Figur, die "Angst und Respekt" verbreitete; zur Mutter, die "pummeliger", weicher sei, habe sie das bessere Verhältnis gehabt: die Mutter habe als "Rammbock zwischen Vater und Kindern fungiert.
Sie blieb so bis zu ihrer Heirat bei den Eltern, weil sie "den Mut nicht hatte, allein zu sein": "Lieber in Frieden leben und die Faust in der Tasche machen."
Ehe sie ihren späteren Mann -der die Eltern offensichtlich besser zu nehmen wußte- kennenlernte, war sie so erst mit zwei Jungen "ausgegangen": sie litt lange an ihrer "Unaufgeklärtheit und Schwangerschaftsangst", die ihr Mann nur "mit sehr viel Verständnis" und Geduld habe ausräumen können; überhaupt habe ihr Mann keinerlei Ähnlichkeit mit ihrem Vater: ihm gegenüber könne sie sich auch durchsetzen.

Sie schilderte sich selbst als "Typ, der immer nachgibt": schon als Kind habe sie immer aus dem Gefühl heraus gehandelt: "Gib lieber nach, dann ist alles gut; wenn Du jetzt was sagst, dann gehste auseinander." In einer Kur im letzten Jahre lernte sie autogenes Training und führte zwei Gespräche mit einem Psychologen: seitdem habe sie -und sie fühle sich dadurch "ganz befreit"- begonnen, auch ihren eigenen Willen zu äußern und durchzusetzen, obwohl sie immer noch nicht so weit sei, "alles zu

sagen", und immer noch fürchte, damit den andern zu vertreiben und zu verlieren.

Körperlich sei es ihr gut gegangen am ersten, selbst gewählten Arbeitsplatz, dann habe sie, weil sie Geld gebraucht habe, die Stelle gewechselt. Der im neuen Beruf aufgestaute Ärger entlud sich schließlich -sie selbst stellte die folgende Entwicklungsreihe auf- zunächst in heftigen Kopfschmerzen und Weinkrämpfen nach der Arbeit, "dann kam die Schwangerschaft", der Tod des Kindes im neunten Monat -"drei Wochen vorm Termin"-, das Mißlingen des Versuchs, die wegen des erwarteten Kindes gekündigte Arbeit wieder zu erhalten, "und dann der Morbus Crohn".

Nach der psychosomatischen Kur sei sie für 4 Monate ohne Medikamente beschwerdefrei gewesen, bis sie -gegen den Rat ihres Internisten- erneut schwanger wurde: sie fand nicht mehr die Ruhe zum autogenen Training, hatte Angst vor einem neuen Krankheitsschub, Durchfälle traten auf und es kam schhließlich, im zweiten Monat, zum Abort. Sie spielt dennoch mit dem Gedanken, "es noch einmal zu versuchen", weil sie fest davon überzeugt ist, nur die Verantwortung für ein leibliches Kind könne sie wirksam davor schützen, an ihrer Krankheit zu verzweifeln.
So bemüht sie sich auch -wieder gegen ärztlichen Rat- um eine neue Arbeitsstelle: wenn sie arbeite, sei sie wenigstens tagsüber nicht allein und gerate nicht ins Grübeln. Außerdem "bringe Anerkennung ihr was", sie fühle das Bedürfnis, auch ohne abgeschossene Lehre -die ihre Eltern für nicht erforderlich gehalten hättten- ihre Leistungsfähigkeit zu beweisen.
Im Umgang mit der Krankheit bemühe sie sich, sich "zusammenzureißen", ihr Weinen und ihren "moralischen Kater" über das verlorene Kind ihrem Mann zu verbergen, um ihn nicht zu belasten.

3.3 Frau Pl.

38 Jahre alt, verheiratet, ein Sohn, arbeitet als Buchhalterin.

Der M. Crohn begann vor 7 Jahren hochakut mit Durchfällen mit Blut- und Schleimbeimengungen. Schmerzen traten erst später hinzu.

Die ersten beiden Jahre seien "erträglich" gewesen, aber dann habe sich der Zustand stetig verschlechtert, so daß sie sich vor 3 Jahren schließlich mit Selbstmordgedanken getragen habe -insgesamt mußte sie von März 1973 bis August 1977 fünfmal stationär aufgenommen werden, koloskopisch und histologisch hatte sich die Entzündung schließlich vom Rectum bis zur Flexura sinistra ausgedehnt, es fanden sich auch Granulome in Duodenum und Antrum. Seit Januar 1979 lebt Frau Pl. ohne Medikamente völlig beschwerdefrei und symptomlos. Auslösende Ereignisse sind nicht zu eruieren, die Patientin selbst führt ihre Genesung auf das Angebot, die Stelle eines Abteilungsleiters zu übernehmen, wenn sie dazu gesundheitlich in der Lage sei, zurück. Sie selbst habe weit mehr als unter den Symptomen unter der durch die Krankheit erzwungenen Abhängigkeit von ihrer Familie gelitten. So ging sie stetig weiter zur Arbeit -sogar noch, als ihr aus versicherungsrechtlichen Gründen kein Lohn mehr gezahlt wurde- und ist heute noch stolz auf das Lob einer Bekannten, "man habe ihr die Krankheit gar nicht angemerkt."

Eine jünger als 37 wirkende Frau, klein, attraktiv und "weiblich", mit einem hellblonden Pagenkopf, sorgfältigem Make up und eher zuviel Parfum.
Sie sprach sehr lebhaft und flüssig, ein bemühtes Hochdeutsch mit niederrheinischem Akzent; ich hatte schließlich Mühe, ihren "Redefluß" zu unterbrechen und das Gespräch zu beenden.
Auch Mimik und Gestik waren sehr lebendig ausgeprägt, ohne aber unkontrolliert oder inadäquat zu wirken. Sie flirtete mich heftig an und tat alles, um mich in die Rolle des Beschützers zu drängen: sie präsentierte mir gerade die kummervollsten Episoden ihrer Lebensgeschichte mit dem gewinnendsten Lächeln und der Bemerkung, "das habe sie außer mir noch niemand erzählt". Ihre völlige Distanzierung von diesen Erfahrungen und Ängsten, ihre emotionale Rigidität und ihre "Unfähigkeit zu trauern", auch ihre starke unterdrückte Aggressivität, wurden im Supervisionsgespräch noch deutlicher.

Auf die Frage nach ihren Eltern antwortete sie prompt: "Ich hab' keine": der Vater sei, als sie 10 Jahre alt war, ausgewandert, vorher sei er ständig betrunken gewesen und habe sie geprügelt, habe ihr auch die (zweieinhalb Jahre jüngere) Schwester

immer vorgezogen; die Mutter habe danach von der Fürsorge gelebt, auch getrunken, Freunde gehabt und Haushalt und Kinder -wie vorher auch schon- völlig vernachlässigt. Zuletzt habe sie schließlich gefürchtet, von der Mutter im Schlaf erschlagen zu werden.

Sich selbst als Kind beschreiben könne sie nicht, verbinde auch, wie sie sagt, keine Emotionen mit dieser Zeit: "die sei halt vorbei wie die Krankheit auch".

Ihr Leben richtete sie ganz bewußt als Gegenmodell zu dem von Mutter und Schwester -die inzwischen geschieden sei und ihr Kind ins Heim gegeben habe- aus, immer in der Angst, doch noch wie die Mutter zu werden. So erstritt sie mit 17 den Auszug zur Großmutter und brach jeden Kontakt zur "gehaßten" Mutter ab. Dort sei sie aber ebenfalls sehr kalt und streng behandelt worden.

In dieser Zeit lernte sie auch ihren späteren Mann kennen, dessen Eltern sie als "Elternersatz" erlebt habe. Ihn sieht sie als "introvertierter" als sich selbst, er könne wochenlang stumm und allein über einem Problem brüten. (Sie träumt immer noch einmal in der Woche, daß er sie verlasse.) Sie half ihm beim Aufbau seiner Karriere, den eigenen Beruf übte sie zunächst des Geldes wegen, später, und auch jetzt noch, der "Bestätigung wegen" aus. In der Firma sei sie vielleicht als "arrogant" verschrien, dabei müsse sie sich nur so zusammennehmen, weil sie Angst habe, mit mehr als einem Menschen zu reden. Bei Streitigkeiten mit ihrem Chef -oder ihrem Mann- weine sie, könne nicht aggressiv werden und spreche dann tagelang nicht mehr mit ihm. Das Gefühl von eigener Aggressivität sei ihr "ganz fremd".

Ihren 13-jährigen Sohn führte sie mit der Bemerkung ein: "Aber es war kein Wunschkind" -sie wurde mitten im Aufbau der Karriere ihres Mannes mit ihm schwanger, ihn erzogen Nachbarn. Sie habe sich "eben mit der Tatsache abgefunden", in der zweiten Schwangerschaftshälfte sei es dann auch "besser gegangen": die Patientin zeigte keinerlei Emotion bei diesem Bericht über ihr Kind, klagte aber im Supervisionsgespräch, daß der Sohn ihre Umarmungen abwehre und nie -auch nicht während ihrer Krankheit- Zärtlichkeit für sie ausgedrückt habe.

3.4 Frau K.

24 Jahre alt, stud. päd., kein Freund, teilt sich mit einer Kommilitonin in eine Studentenwohnung.

Der M. Crohn begann, als sie 16 Jahre war, mit Schmerzen und massiven Durchfällen, wurde lange fehldiagnostiziert, bis vor 3 Jahren die Diagnose durch eine Laparoskopie erzwungen wurde, bei der 80 cm Ileum reseziert werden mußten. Koloskopisch und histologisch wurde 1979 der Befall von Coecum und Colon ascendens nachgewiesen. Gleichzeitig bestanden in dieser Zeit ein Erythema nodosum, eine Arthritis großer und kleiner Gelenke, eine Skleritis und Migräne. Seit Frühjahr 1980 ist sie unter Medikamenten beschwerdefrei: zu diesem Zeitpunkt wurde sie aus einer dreimonatigen Kur in einer psychosomatischen Fachklinik entlassen, deren Bericht sich mit meinen Ergebnissen deckt. Sie selbst äußert sich sehr kritisch über ihre Erfahrungen mit der Gruppentherapie dort, sie habe "nie gewußt, was sie dort habe sagen sollen", glaube auch nicht, daß ihr das geholfen habe.

Auf mich wirkte die Patientin -ein mittelgroßes Mädchen, das ich als sehr viel jünger eingeschätzt hätte, sehr adrett, ohne Make up und Parfum, in Hose und Weste- wie eine "brave höhere Tochter". Sie sprach leise, mit mäßig ausgeprägter Mimik, Gestik und Stimmodulation, in differenziertem Hochdeutsch, lag ganz lang, die Beine übereinandergeschlagen, in ihrem Stuhl und spann, auf ihre Probleme angesprochen, von sich aus langsam und flüssig, ohne mich anzusehen, ihren Faden weiter.
Mein Erleben dieses Hilfe und Zuneigung nicht fordernden, aber still und unaufdringlich erwartenden demonstrativen Vertrauens als Appell an meine "Beschützerinstinkte" bestätigte sie gegen Ende des Gesprächs explizit, indem sie mir das Kompliment machte, sie könne sich "nur wenigen Menschen ganz offen und angstlos anvertrauen", wieder positive Seiten an der Gruppentherapie entdeckte und das Projekt entwickelte, am Studienort wieder eine zu beginnen, wozu sie mich um meine Hilfe bat.

Der Vater ist Angestellter, die Mutter arbeitet seit dem Auszug der Töchter wieder als Näherin. Die Schwester ist dreieinhalb Jahre älter und inzwischen verheiratet. Den Vater beschreibt die Patientin als "sich selbst ähnlich": als "introvertiert,

still und so zurückgezogen", daß sie kaum Kontakt zu ihm gehabt habe. Die Mutter erlebt sie als "Glucke", deren "intensive Fürsorge und Bevormundung" ihr sehr "zu schaffen" mache. Die Mutter dominiere auch "nach außen hin" die Familie, der Vater setze seine Interessen "heimlich, hintenherum" durch. Überhaupt seien das Klima und die Kommunikationsstrukturen innerhalb der -sehr religiösen- Familie "geprägt von der Tendenz zur Konfliktvermeidung um jeden Preis", weil jede Kritik und jede Aggression gegen den anderen "sofort als Ausdruck völliger Abwertung und völligen Liebesentzugs interpretiert" würde: eine Situation, die sie, obwohl sie seit dem Abitur nicht mehr zu Hause wohnt, immer noch nicht "durchbrechen" könne.
Auch vor ihrer Schwester, die immer als die "Intellektuellere und Gefühlsintensivere" gegolten habe, habe sie auch jetzt noch Angst: sie sei deren -und der Mutter- Strategie nicht gewachsen, im Konfliktfall zu "schmollen", die eigene Kränkung demonstrativ zu zeigen und nicht mehr mit dem Gegner zu sprechen: diesem "Schmollen" gegenüber sei sie auch bei anderen Menschen völlig "hilflos".
Sie selbst spiele in der Familie die Rolle des "Mittlers", gebe sich, um allen zu Gefallen zu sein, "ganz anders, als sie war": "lustig und unkompliziert problemlos": so daß alle völlig verblüfft und hilflos reagiert hätten, als es ihr während des letzten Schubs körperlich so schlecht gegangen sei, daß sie diese Maske nicht mehr habe aufrechterhalten können und ihr Leiden und ihre Hinfälligkeit habe zeigen müssen. Sie leide immer noch "unter der Abnabelung" vom Elternhaus, so sehr sie sich über das inzwischen erworbene Stück Selbständigkeit freue; in eine solche "Mittler"-Rolle sei sie seither nicht mehr geraten. Allerdings leide sie immer nocht oft darunter, sich in einem fremden Kreis "unerwünscht" zu fühlen, von selbstsicheren Menschen "in die Ecke gedrängt" zu werden, und habe Angst, "entlarvt" zu werden, wenn sie selbst sich einmal selbstsicher-überlegen zeige.

Einen Freund habe sie nicht; ihre Einstellung zu einer Partnerschaft sei belastet von der Erinnerung an zwei "Enttäuschungen mit Männern" vor 5 und vor 2 Jahren: sie habe sich damals "ausgenutzt" gefühlt.

Sie schildert sich als "ängstlich, gehemmt, abhängig", zu adäquater Aggression sei sie unfähig, sie reagiere auf Angriffe mit "stillem Rückzug in sich selbst".

Sie träume sehr oft: Sie berichtet von oft wiederholten Fluchtträumen, bei denen sie immer wieder hinfalle und nicht von der Stelle komme -bringt sie auch selbst in Verbindung mit ihrem ambivalenten Erleben der Trennung von den Eltern-, und von dem Angsttraum, über eine Brücke zu gehen, die dann unter ihr zusammenbreche: sie habe inzwischen auch reale Brückenangst. Zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Erkrankung befand sie sich in einer "sandwich-position" (Paulley) zwischen den Eltern und der Schwester, die damals gerade ihren späteren Ehemann, mit dem die Eltern nicht einverstanden waren, kennengelernt hatte. Sie versuchte dabei, beiden Seiten, deren Zwischenträger und Vertraute sie jeweils war, "ein freundliches Gesicht zu machen" und die Argumente der Gegenseite abzuschwächen. Dazu kam das Gefühl, mit der Schwester um die Liebe der Eltern rivalisieren zu müssen. Zu Exacerbationen kam es während ihres Abiturs und vor ihrem Vordiplom -sie hält sich selbst für einen "schlechten Prüfungstyp".

3.5 Frau G.

29 Jahre, ledig, Bürokaufmann, lebt allein.

Der M. Crohn begann 1973 akut mit Schmerzen, Durchfall und Fieber; er verlief bis zur Anlage des Stomas Ende 1978 in Schüben, die sie etwa alle drei Monate zur stationären Aufnahme und zur parenteralen Ernährung zwangen. Zuletzt war endoskopisch und histologisch das Colon bis zum Transversum befallen, typische Granulome fanden sich auch im Antrum. Seit der Colektomie ist die Patientin völlig beschwerdefrei und wird nur noch mit Azulfidine behandelt. Seit Herbst 1979 ist sie wieder voll berufstätig.

Sie hatte mir in der Ambulanz erst nach "schnippischem Zieren" zugesagt, verspätete sich dann um eine Viertelstunde und gab ihre spöttelnde Überlegenheit gegen mich, die Medizin und die Psychologie erst auf, als sie das Interview als Möglichkeit begriff, sich in ihrem Leiden, ihrer Stärke im Kampf gegen

die Krankheit und ihrer nun erlangten Attraktivität würdigen und anerkennen zu lassen. Ich erlebte ihr eckig-exaltiertes Verhalten als "unecht" in seiner breiten Skala von der kessen Überlegenheit zum halben Weinen, auf der sie so schnell auf- und abwechselte. Sie sprach schnell und flüssig und wußte, wie in der lebhaften Mimik, ihre Effekte "wohl zu setzen": den Wechsel in Tonfall, Lautstärke und Gesichtsausdruck. Sie parodierte den Tonfall ihrer Mutter und spielte Dialoge regelrecht vor: die Gestik war arm dagegen -sie saß dürr und steif, die Hände im Schoß, in ihrem Stuhl-.

Sie hat eine 2 Jahre jüngere Schwester; die Mutter beschreibt sie als "kalter, eiskalter, leiser Herrschertyp": "stark bis zum Geht-nicht-mehr", als jemand, der "kein Pardon kenne" und kein "Ich kann nicht" akzeptiere. Sie müsse immer im Mittelpunkt stehen, habe ihre Stoma-OP nur benutzt, sich als "leidende Mutter eines Krüppelkindes" aufzuspielen, und habe den Vater nur "des Geldes wegen geheiratet": ihn immer "weggestoßen", ihn "wie den letzten Dreck behandelt", als "wäre er gar nichts wert". Zärtlichkeiten zwischen den Eltern habe es nie gegeben. Der Vater sei allerdings "auch nicht so veranlagt", daß er "sein Erbgut unbedingt weitergeben sollte": sie beschreibt ihn als "Spastiker", als "geistig nicht ganz auf der Höhe": wenn man zu ihm rede, brülle er nur und "kriege nur die Hälfte mit". In den letzten drei Jahren ihrer Zeit zu Hause hatte die Mutter einen Hausfreund, von dem der Vater wußte: er sei darüber auch traurig gewesen, habe aber mit keinem Wort protestiert: und das wieder habe sie "hochgebracht" und ihr "echt zu schaffen gemacht".
Sie wurde mit 6 Jahren gegen ihren Willen für 6 Jahre in ein Internat geschickt, als sie zurückkam, sei sie zusammen mit der Schwester -der Familie ging es inzwischen wirtschaftlich schlechter- im Haushalt "verschlissen" worden. Dennoch -sie sei eben "sehr gutmütig" gewesen-, zog sie erst mit 23 Jahren aus, inzwischen habe sie auch endgültig mit der Mutter gebrochen: "Die bin ich los!"
Die Patientin hat das Gefühl, sich aus diesen Verhältnissen "freigestrampelt" zu haben und doch "einen starken Willen zu besitzen"; sie weiß aber, wie sehr ihre Kindheit ihr Verhältnis

zu anderen Menschen beeinflußt hat: mit ihrem Unterlegenheitsgefühl gegen andere und ihren Hemmungen, sich zu wehren, sei sie inzwischen "fertiggeworden", aber sie lebt noch in dem sich allmählich abschwächenden Konflikt zwischen dem Bedürfnis, "sich an andere fest binden zu wollen" und der Angst, "ins Kreuz getreten zu werden".

Die Patientin erkrankte 3 Monate nach dem Auszug aus dem Elternhaus, ein Zusammenhang, dem sie selbst kritisch gegenübersteht: sie habe sich eher froh und erleichtert gefühlt. Als auslösend für die Schübe gibt sie schwere körperliche Belastungen im Beruf an und das Erlebnis, von den Kollegen nicht unterstützt zu werden. (In einem Arztbrief aus dieser Zeit ist allerdings auch von einer drastischen Verschlimmerung der Enteritis nach einem Krankenbesuch der Eltern die Rede.)
Sie arbeitete während der gesamten Krankheitszeit weiter, aus wirtschaftlicher Notwendigkeit und um sich, nach einem gewonnenen Prozeß gegen die Kündigung, "selbst zu beweisen". Inzwischen errege sie bei den Kollegen schon wieder Ärgernis, weil sie zu viele Überstunden leiste.- So litt sie vor allem unter dem Erlebnis ihrer hilflosen Schwäche, die zu bewältigen und einzugestehen sie erst lernen mußte. Sie habe sich schließlich zurückgezogen, "um keinen zu belasten" und sei enttäuscht gewesen, daß dann niemand kam, ihr zu helfen. In ihren Beziehungen habe sich ihre Tendenz, zu "klammern", noch verstärkt, sie wurde sogar von einem Freund verlassen, der drei Jahre lang zu ihr gehalten hatte.
Jetzt, nach der Operation, sei sie -auch wenn sie glaube, daß es sie "wieder erwische": sie habe "Morbus Crohn bis zum Magen"- entschlossen, in den nächsten zehn Jahren das "Leben wieder zu genießen und Spaß zu haben", "endlich wieder anerkannt zu werden", das "ganz unbekannte Gefühl" auszukosten, "daß jetzt die anderen kommen und mit mir sein wollen". So habe sie jetzt auch wieder einen Freund, der sie und ihren Mut "ganz toll" finde.

(In der "Überkompensierung" der Ichschwäche, der Härte gegen die eigenen Gefühle, die eigene Kindheit und Krankheit, bestehen deutliche Parallelen zu den Reaktionen Frau Pl's.)

3.6 Frau Schl.

27 Jahre, verheiratet, keine Kinder, gelernte Krankenschwester, arbeitet als Leiterin eines Heims für körperbehinderte Kinder.

Die Krankheit begann im Herbst 1969, vor einem Examen, mit schubweise auftretenden Diarrhoen. Inzwischen leidet sie unter ständigen schmerzhaften Durchfällen mit Blut- und Schleimbeimengung, die sich im Tagesverlauf etwas bessern und in ihrem Verlauf unabhängig von äußeren Ereignissen seien. Insgesamt wurde sie fünfzehnmal stationär behandelt, 1978 und 1980 stellte sich endoskopisch und histologisch das gesamte Colon und der Magen als befallen dar.

Eine große stämmige Frau mit breitem offenen Gesicht; ich hätte sie wenigstens um 5 Jahre jünger eingeschätzt. Sie wirkte ruhig, selbstsicher und auf mich angenehm "handfest", sprach und antwortete flüssig, um Deutlichkeit und Präzision bemüht, aus derselben kooperativ-sachlichen Haltung heraus, mit der sie wohl als Krankenschwester an jeder Untersuchung teilnahm.

Sie sei "Fast Einzelkind": die Mutter, eine Kriegerwitwe, brachte einen 13-jährigen Sohn in die zweite Ehe mit. Die wirtschaftliche Lage der Familie sei immer angespannt gewesen, der Vater, im Dritten Reich Polizist, habe nach der Flucht der Familie aus der DDR -als sie 4 Jahre alt war- nicht mehr "den Mut" zum Neuanfang gehabt und blieb so, worunter er zeitlebens gelitten habe, ungelernter Arbeiter. Sie "komme ganz nach ihm": auch er sei "viel krank gewesen" und in seiner letzten Zeit "sehr depressiv", habe dabei aber "groß, stabil, kräftig, wie das blühende Leben" ausgesehen.
Er erlitt eine erste Lungenembolie, als sie 11 Jahre alt war, verbrachte ein Jahr zu Hause, während die Mutter wieder arbeiten ging, und erlag dann der zweiten Embolie: wovon sie heute noch mit Erschütterung spricht.
Die Mutter dagegen, die als "Kind armer Leute früh in Stellung mußte" und sich dann immer habe allein durchschlagen müssen, beschreibt sie als "viel robuster und fitter" als sich selbst; die Mutter "stehe mit beiden Füßen auf der Erde, falle wie eine Katze immer wieder auf die Füße", sei dabei aber nicht "hart", sondern "immer liebevoll" gewesen: nur habe sie Krank-

heit nie als Entschuldigung akzeptiert, nie "gekannt, daß man sich hängen läßt", sie auch nie "gehätschelt", selbst nicht, wenn sie krank gewesen sei: eine Haltung, die sie jetzt ihrem Mann und sich selbst gegenüber fortsetze.
Dabei erlebe sie sich selbst als "außen hart, innen weich", sie sei "viel sensibler", nehme sich alles "zu Herzen" und suche die Schuld in allen Konflikten stets "zuerst bei sich selbst"; manchmal fühle sie sich so "minderwertig", daß sie sich an der Aufzählung ihrer beruflichen Erfolge "regelrecht hochziehen" müsse. Ihren Mann lernte sie in der Ausbildung kennen, ihm gegenüber scheint sie die Rolle ihrer Mutter zu reproduzieren.
Sie erlitt in den letzten beiden Jahren zwei Aborte wegen der Erkrankung, hat jetzt schweren Herzens auf den Wunsch nach einer "richtigen Familie" verzichtet.
Am "schlimmsten bei der Krankheit" sei das Gefühl, nicht "voll leistungsfähig zu sein" und andere Menschen zu belasten: so hat sie ständig weitergearbeitet mit größtem Engagement und eine erstaunlich schnelle Karriere gemacht; im Augenblick -sie sollte am nächsten Tag aus der Klinik entlassen werden- leide sie weniger unter ihren Symptomen als unter dem Bewußtsein, durch ihren Krankenhausaufenthalt ihre Vertreterin im Beruf zu überlasten.

3.7 Frau H.

32 Jahre, verheiratet, keine Kinder, Sekretärin.

Vor vier Jahren ging sie wegen einer Arthritis im Fuß in die Klinik; in kurzen Schüben mit langen Intervallen auftretende Durchfälle hatte sie nicht als Behinderung erlebt: deren Beginn datiert sie auf etwa ein Jahr vor Anfang der Gelenkschmerzen. Im Herbst 1976 stellte sich röntgenologisch das terminale Ileum, koloskopisch und histologisch das gesamte Colon als befallen dar, auch in Duodenum und Antrum waren Granulome nachweisbar. Zwei Jahre später waren alle diese Befunde nicht mehr reproduzierbar, sie ist seit dieser Zeit auch beschwerdefrei.

Eine große schlanke Frau in Jeans und Pullover mit kurzen glatten Haaren und einer großen Nase im leicht geschminkten, etwas

harten Gesicht. Sie bewegte sich ungeschickt, eckig-unsicher, saß gerade und angespannt, die Füße auf den Boden gestemmt, die Knie auseinander geschoben, zwischen ihnen die Hände. Mimik und Gestik waren sehr schwach ausgeprägt; sie sprach leise, in kurzen Sätzen, Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz, ohne Modulation, als hätte sie einen Kloß im Hals. Sie war sehr angespannt und unsicher, und ich konnte sie kaum entspannen: so wurde das Gespräch -zumal sie ohne Zugang zu ihren Gefühlen auf faktische Details fixiert schien- zum "Würmerziehen": ich mußte enge Fragen stellen, die sie kurz beantwortete, um dann mit einem Schnappen wieder zu verstummmen. Den Blickkontakt hielt sie, auch wenn sie sich dabei wohl unwohl fühlte; manchmal lächelte sie verlegen.

Sie wuchs als Einzelkind auf dem Land, in knappen wirtschaftlichen Verhältnissen, auf; den Vater schildert sie als sich ähnlich: "sehr still und zurückgezogen", die selbständigere Mutter hatte im Haus das Sagen. Ein "Vertrauensverhältnis" zu den Eltern habe nicht bestanden; sie redete auch ohne jede Emotion von ihnen. Sie habe darunter gelitten, von beiden Eltern "gehätschelt und eingeengt" zu werden und beschreibt die Atmosphäre als "spießbürgerlich, muffig und eng": noch mit 14 Jahren durfte sie kaum aus dem Haus, und als sie mit 16 ihren späteren Ehemann kennenlernte, hätten beide Eltern sie abends an Haltestelle abgeholt.

Den Mann beschreibt sie als "extrovertiert und selbständig", als "gute Ergänzung" also zu sich: war hier aber besonders wortkarg. Er steckt noch ganz im Aufbau seiner Karriere, und da sie selbst auch 10 Stunden am Tag arbeiten muß, um den gemeinsamen Haushalt mitzufinanzieren, sehen sich die beiden nur abends und morgens.Kinder habe sie -ohne das begründen zu können oder wollen- nie gewollt.
Den Beruf wolle sie nach Fertigstellung des Hauses aufgeben und dann ihre Vorstellungen von "Romantik" verwirklichen: darunter versteht sie Klavierspielen lernen, Tüllgardinen und einen malerisch verwilderten Garten.

Sie bezeichnet sich als "ängstlich hinter der kühlen Maske"; sie fühle sich fremden Menschen gegenüber unsicher und nicht schlagfertig genug. Ihre Gefühle verdränge sie oft in der Arbeit,

fresse sie in sich herein. Zur Aggressivität sei sie im Notfall fähig, gebe aber lieber von sich aus nach.

Den Beginn der Erkrankung brachte sie gegen Ende des Gesprächs selbst in Zusammenhang mit der Krise ihrer Ehe zu dieser Zeit: sie habe damals ein "Verhältnis" mit einem Arbeitskollegen unterhalten. Auch auf berufliche Belastung habe sie mit Durchfällen reagiert.

3.8 Frau Sp.

31 Jahre alt, ledig, lebt seit etwa 7 Jahren allein.
Verwaltungslehre, jetzt in einer leitenden Position.

Zwischen 1971 und 1974 seien röntgenologisch insgesamt 7 Magenulcera diagnostiziert und medikamentös therapiert worden; seit 1977 leide sie unter Völlegefühl und Schmerzen. Röntgenologisch fand sich damals bis auf fragliche Veränderungen des terminalen Ileums kein pathologischer Befund, auch Gastroskopie und Koloskopie waren unauffällig: histologisch wurde aber ein M. Crohn in Colon descendens, Antrum und Corpus ventriculi gesichert. Jetzt bestehen keine Symptome.
Eine ziemlich große, hübsche, sehr adrett gekleidete Frau mit bleichem schmalen langen Gesicht und langen glatten Haaren -ich hätte sie jünger geschätzt. Sie lag ganz entspannt fast in ihrem Stuhl, die Beine wie ein Mann ausgestreckt und übereinandergeschlagen, die Unterarme auf den Lehnen gestützt. Sie sprach sehr leise, fast monoton -auch Gestik und Mimik waren sehr schwach- in flüssigem Hochdeutsch mit großem Wortschatz und hielt von sich aus den Blickkontakt. Sie wirkte auf leise weiche Art ruhig und selbstsicher: lehnte bestimmt ab, über die Hintergründe des Suizids ihres Bruders zu sprechen und "lieferte", wie sie selbst feststellte, eine fast zusammenhängende Biographie, ohne daß ich hätte viele Fragen stellen müssen. Auffällig war die Monotonie dieses Berichtes, ohne Zeichen innerer Betroffenheit auch an den schlimmsten Stellen: sie wies auch meine betroffene Reaktion zurück und lehnte das Therapieangebot am Lehrstuhl ab: "ihr fehle ja nichts". So saßen wir also da wie zwei Verhaltensforscher und diskutierten ganz kalt die schlimmsten Erlebnisse und ein ganz verpfuschtes Leben.

Sie hatte einen 4 Jahre älteren Bruder, der Suizid verübte, als sie 15 war, einen um ein Jahr jüngeren Bruder, den sie sorgsam zu beschützen versuchte, aus Angst, er könne ebenso enden (eine Angst, die sie auch für ihre eigene Person gehabt habe), und der der Liebling der Mutter war, und eine um 6 Jahre jüngere Schwester, die der Vater am meisten liebte.

Den Vater beschrieb sie begeistert und fast schwärmerisch: er rieb sich in seinem Beruf als Krankenpfleger so auf, daß er nur an seinen freien Tagen Zeit für die Familie hatte und nach seiner Berentung schnell verfiel und zum bettlägerigen Pflegefall wurde, bis er vor 4 Jahren nach langem Siechtum starb. Sie schilderte ihn als "still und leise", als "zart" mit "unendlich viel Fingerspitzengefühl"; zu ihrer Erbitterung wurde er von der 10 Jahre jüngeren Mutter, die viel "lauter" und "viel weniger einfühlsam", zu "rasch" und zu oft "verletzend" gewesen sei, dominiert. Nach dem Suizid des Bruders übernahm sie die "Verantwortung" für die Familie: der Vater sei schon schwach gewesen, und die Mutter habe völlig hilflos reagiert: und sie selbst fühlte sich -obwohl oder weil sie doch keiner so richtig liebte- für alle eben "verantwortlich".
Sie durfte aus Geldmangel, und "als Mädchen", nicht aufs Gymnasium, machte eine Verwaltungslehre und zog mit 18 Jahren, um sich der "Ausnutzung" durch die Familie zu entziehen, in die Großstadt, wo sie fast allein gelebt zu haben scheint. Nach anderthalb Jahren kehrte sie aus finanziellen Gründen für kurze Zeit wieder zu den Eltern zurück und begann dann, wieder in der Großstadt, ihre erste und bisher einzige Beziehung zu einem wesentlich älteren Mann, der sie betrog und schließlich nach zweieinhalb Jahren verließ: sie selbst bringt diese Zeit mit der Periode ihrer Magengeschwüre in Verbindung, sagt aber, sie habe auf den Verlust dieses Mannes zwar "ganz geknickt" aber "nicht wütend" reagiert: er habe ihr "unheimlich viel gegeben" und ihr "Selbstwertgefühl" sehr gestärkt: da müsse sie auch ihn in seiner Unruhe "verstehen" können.
Bald darauf wurde der Vater pflegebedürftig, und sie opferte über Jahre ihre Wochenenden auf, um der Mutter bei seiner Pflege zu helfen. Der Vater sei ihr gegenüber schließlich in die Rolle des Kleinkindes zurückgefallen; die laute klagende Hilflosigkeit der Mutter empfand sie als quälend.

Ein "Privatleben" habe sie in dieser Zeit, als auch die ersten Symptome des M. Crohn begonnen hätten, nicht gehabt.

Nach dem Tod des Vaters mußte sie sich mühsam von der klagsam fordernden Mutter lösen und nahm dann eine neue Arbeitsstelle an, in der sie fast selbständig den Aufbau einer neuen Verwaltungsorganisation zu verantworten hatte. Sie opferte sich -was ich als Leitmotiv ihres Lebens bezeichnen würde- auch dort wieder auf, arbeitete bis zum letzten Herbst mehr als 12 Stunden täglich und hatte so wieder keine Gelegenheit, sich einen Bekanntenkreis aufzubauen, zumal sie sich mit vollem Bewußtsein in eine Kleinstadt hatte versetzen lassen.
Sie bezeichnet sich selbst als introvertiert, "empfindlich-gefühlsam", sie fresse alles in sich herein, habe aber gelernt, ihre Unsicherheit zu überwinden und sich auch zu wehren.

3.9 Frau Kr.

24 Jahre, verheiratet, keine Kinder, kaufmännische Angestellte, hat wegen der Erkrankung ihren Beruf aufgegeben.

Die Erkrankung begann 1970, als sie 14 Jahre alt war, mit massiven Durchfällen mit Schleimauflagerung, Schmerzen und starker Abgeschlagenheit. 1974 und 1978 mußten perianale Fisteln operiert werden, im Mai und August 1979 wurde sie jeweils einmal mit einer Ileus-Symptomatik stationär behandelt; koloskopisch war zuletzt das Colon vom Transversum oralwärts befallen. Im Herbst 1979 wurde eine Ileumteilresektion mit Hemikolektomie rechts durchgeführt; Ende des Jahres fand sich röntgenologisch kein pathologischer Befund mehr. Die Patientin leidet nur noch unter schwachen Durchfällen und fühlt sich seit der OP "blendend".

Sie wirkte -ein Eindruck, der sich auch in der Supervision bestätigte- wie ein Junge auf mich: mittelgroß, schlank, ein wenig eckig und ungelenk in den Bewegungen, ungeschminkt mit auffällig roten "Pausbacken" und sehr kurzen glatten Haaren. Sie saß zunächst steif und gerade im Stuhl und sah beim Reden an die Decke, hockte dann aber, als wir über ihr Aggressivitätsproblem sprachen, ganz angespannt, den Oberkörper vorgestreckt, auf der Stuhlkante und hielt Blickkontakt. Sie nutzte in diesem

zweiten Gesprächsabschnitt die Gelegenheit, ihre Probleme einmal auszusprechen, sich in ihrer intensiv angespannten drängenden Art ein wenig mehr über sich selbst klarzuwerden.

Die Mutter beschreibt sie als "klein, untersetzt, sehr resolut", sie habe zu Hause auch "das Sagen", während der Vater wie sie selbst sei: "sensibel, voller Minderwertigkeitsgefühle und supernervös", ein Mensch, der "so ziemlich alles" für andere tue. Zärtlichkeiten zwischen den Eltern habe es nie gegeben, die Eltern hätten nie "aus sich raus gekonnt", und sie habe als Kind ohne konkrete Anlässe lange in der Angst vor ihrer Trennung gelebt. So sei auch die Sexualerziehung sehr streng und "katholisch" gewesen: am schlimmsten sei aber der völlige Mangel an Vertrauen der Eltern in ihre Kinder gewesen: sie sei immer "bevormundet" worden und habe Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein erst mit der geduldigen Hilfe ihres Mannes aufbauen können, habe auch ihre Aggressionen zu Hause nie äußern dürfen.
Der Vater habe seinen eigenen sozialen Abstieg nie überwunden, so hätten die Kinder unter dem unerfüllbaren Zwang der Erwartungen der Eltern gestanden: Forderungen, denen weder sie noch ihr zweieinhalb Jahre älterer Bruder (der ebenfalls immer noch unter diesen Erfahrungen leide) gerecht werden konnten. Sie habe schon im ersten Schuljahr die Eltern über ihre Schulnoten belogen, zumal sie immer sehr darunter gelitten habe, auch "körperlich und entwicklungsmäßig" die Jüngste in der Klasse zu sein, und die Angst, zu versagen, sie schließlich dazu gebracht habe, vor jeder Anforderung sofort zu kapitulieren.
Sie habe in der ständigen Angst gelebt, die Eltern nicht zu enttäuschen; vor allem tat sie alles, um dem Vater "den Sohn zu ersetzen", der ihn enttäuscht hatte: auf diese Situation führt sie selbst ihre Probleme, sich "als Frau zu akzeptieren", zurück: sie habe lange keine Röcke tragen können (auch keine langen Haare), weil sie sich darin so "unwohl, so total gehemmt, weil's so weiblich ist", gefühlt habe und leide heute noch gleichzeitig mit ihrer Menstruation unter Depressionen, die sie darauf zurückführt, daß sie mit ihrem Frau-Sein "nicht fertig" werde. Auch im Anfang der Ehe hätten sexuelle Schwierigkeiten bestanden: sie sei "zu eng gebaut gewesen" und habe sich vor 2 Jahren einer Scheidenplastik unterziehen müssen.

Ihr Mann habe in all diesen Krisen sehr geduldig zu ihr gestanden; er sei "ganz ihr Gegenteil: ruhig, sachlich" (sie klagt über seine mangelnde Zärtlichkeit und sein fehlendes Verständnis für ihre psychische Situation), "sehr ausgeglichen, nie wütend", ein "Muttersohn": sie habe immer noch, obwohl sich das in der Ehe gebessert habe, Schwierigkeiten, sich gegen ihn durchzusetzen, weil sie sich dann als "Störenfried" erlebe, weil sie immer noch in allen Konflikten die Schuld zunächst bei sich suche und alles Erdenkliche tue, ihre Mitmenschen zu verstehen und zu entlasten.

Ihren Kernkonflikt sieht sie in ihrer Unfähigkeit, mit ihrer Aggressivität sinnvoll umzugehen: ein Zustand, den Frau Professor Heigl-Evers als "Affektdissoziation" beschrieb: sie werde viel zu verletzend, wenn sie sie gegen andere kehre, und wende sie so gegen sich selbst: schon kleine Ehestreitigkeiten "schlügen ihr auf den Darm", sie müsse dann "einfach raus", sei vor ihrer Kur in einer psychosomatischen Klinik vor 2 Jahren in solcher Stimmung mit dem Auto regelrecht "Amok gefahren", habe sogar aus Angst vor ihren aggressiven Gefühlen an Selbstmord gedacht. Schließlich sei sie in solchen Lagen nur noch mit dem Fahrrad gefahren, um niemand verletzen zu können, und habe mehrere Zigaretten hintereinander geraucht, im Wissen, daß sie davon schmerzhafte Darmkrämpfe bekommen werde. Nach der Psychotherapie sei sie von diesen Emotionen ganz frei gewesen, jetzt "kehrten die Aggressionen wieder zu ihr zurück", sie fürchte wieder, "sich selbst wehzutun", wolle aber versuchen, allein mit sich zurechtzukommen, da sie fürchte, in einer Psychotherapie wieder mit ihren Schwächen und ihrem Schulderleben konfrontiert zu werden. (Im Supervisionsgespräch berichtete sie von ihrem Traum, mit einer Maschinenpistole wahllos in eine Menschenmenge hereinzuschießen; sie träume auch oft, daß ihr Mann tot sei und alle kämen und sie bedauerten.

Den Beginn der Erkrankung führt sie einerseits auf ihr Leiden unter einem cholerischen Lehrherrn, zum andern auf ihre Pubertätskonflikte, ihre Angst, erwachsen und Frau zu werden, zurück. Vor drei Jahren hätten sich die Beschwerden dann ins Unerträgliche gesteigert: sie war im Beruf sehr belastet und hatte gerade geheiratet: am schlimmsten sei es in der Zeit vor der Scheiden-

plastik gewesen.
Nach den 10 Wochen in der psychosomatischen Klinik sei es ihr ohne Medikamente 3 Monate lang "sehr gut" gegangen, bis die Krankheit unter der beruflichen Belastung erneut ausgebrochen sei. Sie kündigte deshalb im Frühjahr 1979 -halb gegen ihren Willen- ihre Arbeitsstelle: den folgenden Tag habe sie sich "hervorragend" gefühlt: am nächsten Morgen hätten dann Koliken und Erbrechen mit wässrigen Diarrhoen begonnen, die schließlich nur noch operativ beherrschbar waren: sie selbst habe auf die Operation als letzten Ausweg gedrängt.

3.10 Frau Schö.

44 Jahre, verheiratet, 3 Kinder, Verwaltungsangestellte.

Seit dem Winter 1966 bestehen starke, sie allerdings nicht behindernde Durchfälle; 1977 kam es zu Schmerzen und zur Fistelbildung im Bereich einer alten Appendektomienarbe, es wurde eine Teilresektion von Ileum und Colon durchgeführt; seither sei sie bis auf die Durchfälle wieder beschwerdefrei. 1977 wurde die Diagnose im Colon histologisch gesichert, röntgenologisch fand sich 1977 und 1979 kein sicherer pathologischer Befund im Verdauungstrakt.
Eine mittlegroße, sehr resolut wirkende, korpulente Frau, eng korsettiert, mit -gefärbten?- Dauerwellen und stark geschminkt, in Rock und Pullover mit Mantel und Handtasche, die sie mißtrauisch hinter sich her schleppte. Sie saß gerade, sprach schnell und heftig, mit lebhafter Gestik, hielt den Blickkontakt und sah sich zwischendurch aufmerksam im Raum um. Sie war wohl nur der Ambulanzsekretärin zuliebe mit mir gekommen, bedeutete mir auch mehrmals, wie eilig wie es habe und daß sie "schon einmal einer Psychologin die Sachen hingeschmissen" habe.
Sie ist Einzelkind, die Mutter verließ ihren eigentlichen Vater, einen Trinker, ehe sie 3 Jahre alt war; der Stiefvater, den sie mit Emphase und nassen Augen als "weich und verständnisvoll" beschreibt ("einen solchen guten Mann gebe es nicht noch einmal") und an dem sie mehr hing, war 12 Jahre älter als die Mutter und durch ein Bandscheibenleiden früh arbeits- und fast bewe-

gungsunfähig: er führte dann den Haushalt, während die "kleine energische" Mutter zur Arbeit ging.
Sie heiratete 1957, hat 3 Kinder im Alter von 23 bis 14 Jahren, die alle "normal" seien. Der Mann -er arbeitet auf Montage- sei ganz anders als der Vater, immer daran gewöhnt, seinen Willen durchzusetzen: er habe eigentlich erst nach 10 Jahren, als sie seinen Seitensprung entdeckte, gelernt, sich in die Ehegemeinschaft "einzufügen": sie hatte -daß sie dies eben am Sonntag der Woche, in der ihre Durchfälle begannen, getan hatte, wurde ihr während des Gesprächs plötzlich bewußt- einen Brief seiner Geliebten gefunden, sei völlig außer sich gewesen und habe nur noch geweint und nicht gewußt, was sie nun tun solle: es seien furchtbare Tage gewesen, in denen sie und ihr Mann "umeinander herumdrucksten". Heute sei die Ehe "wirklich gut", sie gibt sich selbst inzwischen auch die Teilschuld an der Krise: sie habe sich damals nur noch um den Haushalt, die Kinder und ihre Mutter, die im selben Dorf wohnte, gekümmert. (Die Fistelbildung bringt sie mit Krankheit und Tod des Stiefvaters in Verbindung, der zu dieser Zeit im Krankenhaus lag.) Sich selbst erlebt sie als unsicher -trotz ihres Auftretens-, sie könne sich auch nicht wehren und "fresse alles in sich herein".

3.11 Frau Ku.

35 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder (10 und 12 Jahre alt); Handelsschule und kaufmännische Lehre, seit der Geburt des ersten Kindes nicht mehr im Beruf.

Seit 1968 habe sie jeden Tag Durchfall, zusätzlich träten immer wieder kurze Perioden von Blut-und Schleimbeimengung zum Stuhl und von kolikartigen Schmerzen auf: sie habe aber erst einmal länger als eine Woche Schmerzen gehabt. Die Diagnose wurde 1978 bei einer Laparotomie gestellt; 1979 mußte eine Schwangerschaft wegen der Corticoidmedikation in der achten Woche unterbrochen werden, röntgenologisch war das terminale Ileum und die orale Colonhälfte befallen. Anfang 1980 wurde wegen einer Narbenfistel nach Spaltung eines pararektalen Abszesses eine Ileotomie mit Hemikolektomie rechts durchgeführt.

Eine mittelgroße sehr zierliche Frau mit langen gewellten Haaren, braungebrannt und stark geschminkt, in roten Jeans und weißer Bluse. Sie saß gerade und still, auch Mimik, Gestik und Stimmmodulation waren nur mäßig ausgeprägt. Sie hatte in der Ambulanz -nüchtern- schon über eine Stunde gewartet, war aber trotzdem zum Interview sofort bereit, antwortete auch sorgfältig und pflichtbewußt, ohne daß sie mir ihre Gefühle hätte vermitteln können. Schließlich wich sie auch in einen Bericht über die Probleme ihrer Schwestern aus.

Sie ist die mittlere von 7 Kindern; der Vater, ein "eher weicher und stiller" Mensch, sei so beschäftigt gewesen, daß man ihn kaum zu Gesicht bekommen habe; die Führung des großen Haushalts lag bei der Mutter, die aber auch nicht "kalt oder abweisend" gewesen sei. Sie schildert die Kindheit als "glücklich". Ihr Mann -sie mußten des ersten Kindes wegen heiraten- komme aus einer zerrütteten Familie, sei unruhig, verschlossen-grüblerisch und aufbrausend: er sei eben ihr erster "richtiger" Freund gewesen, der sie beeindruckt habe, weil er von der Marine kam und "die Welt gesehen hatte": sie glaubte, seine Art ändern zu können, und erlebte in den ersten Ehejahren dabei nur Enttäuschungen, da sie immer zunächst alle Schuld bei sich suchte, alles "in sich hereinfraß" und sich nicht wehren konnte: was sie sich heute mit Stolz zutraut. Sie akzeptierte den möglichen kausalen Zusammenhang zwischen der Manifestation der Erkrankung und der ersten Ehezeit; inzwischen sei der Verlauf "stressunabhängig".

3.12 Frau F.

27 Jahre, verheiratet, 2 Kinder (10 und 8 Jahre alt), Handelsschulabschluß, arbeitet im Betrieb ihres Mannes.

Vor drei Monaten erkrankte sie akut mit Schmerzen und heftigen Durchfällen mit Blut- und Schleimbeimengung; röntgenologisch stellte sich das gesamte Colon als befallen dar, histologisch konnte eine Colitis ulcerosa ausgeschlossen, ein M. Crohn nicht sicher bestätigt werden: es fanden sich zwar typische herdförmige Veränderungen, aber keine Granulome. Die Beschwerden halten seither unverändert an; "auslösende" Situationen waren nicht

zu eruieren.

Eine große stämmige Frau mit breitem bleichen Gesicht in Hose und Jacke mit kurzen glatten Haaren. Sie wußte, wie sie mir bestätigte, nicht, wie sie sich hier "verhalten sollte", wich dem Blickkontakt aus und verhielt sich ängstlich-gefügig und mißtrauisch, als wollte ich ihr unbedingt einen psychischen Defekt oder eine unglückliche Kindheit "anhängen". Sie wich allen Äußerungen über Gefühle aus und rettete sich immer wieder in langatmige Schilderungen faktischer Details, schien auch intellektuell zur Introspektion wenig geschickt.

Auf mich wirkte sie wie ein dicklicher, ängstlich trotziger kleiner Junge; Frau Professor Heigl-Evers erlebte sie in der Supervision als "Baby", als auch "in Mimik und Gestik ihrem Alter völlig inadäquat" und stellte die Diagnose einer "ausgeprägten Störung sowohl der Gefühlswahrnehmung wie der Artikulation von Emotionen". (Frau F. selbst beschrieb ihr Erleben dieser beiden Gespräche als immerhin "weniger schlimm als beim Zahnarzt".)

Sie beschreibt die Atmosphäre ihrer Kindheit als "warm und geborgen", sie sei als Einzelkind -ein Bruder ist 8 Jahre jünger- sehr "gehätschelt" worden, den Vater habe sie zum ersten Mal weinen sehen, als sie heiratete; sie beschreibt ihn als sich ähnlich, als "still, er fresse alles in sich herein". Die Mutter sei dagegen "mehr fröhlich und vielleicht nicht so eingekehrt wie ich". An Streit zwischen den Eltern könne sie sich nicht erinnern.

Sie mußte im Alter von 16 Jahren der Tochter wegen heiraten, Eltern und Schwiegereltern hätten aber alles zu ihrer Unterstützung getan. Ihr Mann "nehme alles nicht so schwer", könne ihre Neigung zum sorgenvollen Grübeln nicht verstehen, reibe sich aber in der Arbeit auf und mache ihr so ein "geregeltes" Familienleben unmöglich. Die beiden Kinder seien "an und für sich ganz normal", über sie "könne sie sich nicht beschweren". "Im Bett" "gehe es gut", wie sie in der Supervision -offensichtlich indigniert über die "komische Frage"- sagte.
Sie schildert sich als unsicher und "eingekehrt", sie sei eher "ein Typ, der alles in sich reinfrißt", wenn sie wütend und "laut" werde, dauere es nur eine Minute, dann "habe sie 'nen

Klotz im Hals und könne nichts mehr sagen und fange an zu weinen": die Wut "ersticke dann so in ihr".

3.13 Frau B.

30 Jahre, geschieden, keine Kinder, gelernte Verkäuferin, wegen der Krankheitsfolgen berentet.

Die Krankheit begann vor 10 Jahren mit Durchfällen und Gewichtsverlust; sie befand sich damals (Paulley) in der "Mittler"-Position zwischen dem eifersüchtigen Vater und ihrem auf Heirat drängenden Verlobten: "und dann bekam ich eben Durchfälle". Die Beschwerden hielten unverändert an -1976 wurde koloskopisch eine hochgradige Colitis festgestellt-, auch während ihrer Ehe. 1977 mußte -auch auf Drängen ihres Mannes- ein Stoma angelegt werden, weil sie nur noch 41 kg gewogen habe. Eine Besserung habe sie nach der OP nicht verspürt. Röntgenologisch fand sich 1978 kein krankhafter Befund; im Sommer 1980 bestanden zwei Fisteln der Umgebung des Stomas, endoskopisch ließ sich ein Rezidiv der Ileitis nachweisen; die Diagnose wurde histologisch gesichert. Besser gehe es ihr -unter Medikamenten- erst, seit ihr Mann sie vor einem Jahr der Krankheit wegen verlassen habe. Auf Aufregungen -wie Besuche ihres Mannes oder Reisen- reagiere sie mit Stuhldrang und völligem Appetitverlust.

Sie war auf Druck von Herrn Dr. Ehms mit mir gegangen, obwohl sie, wie sie sagte, seit sie sich von einem Eheberatungspsychologen durch Fragen nach ihrer Sexualität verletzt gefühlt habe, Angst vor solchen Gesprächen habe, entspannte sich dann aber und nutzte die Gelegenheit, sich auszusprechen. Eine große hagere eckig-ungeschickte Frau; sie wirkte vorgealtert, steif und verhärmt-unglücklich, hatte aber eine mädchenhaft helle Stimme und sprach schnell und hektisch -Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz-, während Mimik und Gestik sehr schwach ausgeprägt waren. Sie wirkte nicht sehr intelligent und hatte zu ihren Gefühlen dem Anschein nach kaum Zugang.

Sie hat eine 3 Jahre jüngere Schwester und habe schon immer in Angst vor dem "tyrannischen launischen Vater" gelebt, gegen den sich die "stille, weiche" Mutter nicht durchsetzen konnte.

Der Vater widersetzte sich der Heirat mit ihrem -ersten- Freund und Verlobten, weil der "nur ungelernter Arbeiter" sei, sie versuchte lange, beide Seiten zu versöhnen und zu beschwichtigen, bis der Verlobte sie zur Heirat gegen den Willen des Vaters zwang (nachdem sie volljährig geworden war).

Ihrem Mann habe sie sich immer untergeordnet, weil sie sein "Mißfallen" nicht habe ertragen können. Er verließ sie im letzten Jahr der Krankheit wegen: einerseits könne sie diese Reaktion verstehen, andererseits werde sie ihm nie verzeihen können, daß er sie im Stich gelassen habe. Sie reichte die Scheidung ein und zwang ihn zum Auszug, gehe jetzt auch auf seine Versöhnungsversuche nicht ein, wolle auch keinen andern mehr heiraten.

Ihrem neuen Bekanntenkreis hat sie das Stoma bisher verschwiegen; sie habe auch zwei Beziehungen abgebrochen, ehe es "zum Äußersten" habe kommen können, aus Angst vor einer Reaktion des Ekels und weil sie nicht wieder verlassen werden wolle. Sie komme jetzt "ganz gut" alleine zurecht, habe Freundinnen und besuche sehr oft ihre Eltern und die entfernt wohnende Schwester.
Bis zu ihrer Pubertät etwa sei sie nach den Erzählungen der Mutter sehr selbständig gewesen; seitdem fühle sie sich, ohne sich den Wechsel erklären zu können, ängstlich und unsicher, "fresse alles in sich herein" und könne sich auch nicht wehren. Sie erlebt sich als eher introvertiert.

3.14 Frau Ke.

27 Jahre alt, ledig -lebt seit 6 Jahren mit ihrem Freund zusammen-; arbeitet als gelernte Verkäuferin.

Die Krankheit begann vor 9 Jahren mit Schmerzen und Durchfällen und verschlechterte sich dann zunehmend: inzwischen habe sie 8 bis 10-mal Stuhlgang am Tag und müsse nachts 4 bis 5-mal deshalb aufstehen. Röntgenologisch waren vor 3 Jahren Sigma, Transversum und Descendens, terminales Ileum und Coecum befallen; gastroskopisch fand sich kein krankhafter Befund -histologisch wurden Granulome im Antrum nachgewiesen-; koloskopisch und histologisch stellte sich das gesamte Colon mit Aussparung

des Rectums als befallen dar. Frau Ke. ist seit 3 Monaten arbeitsunfähig, hat schon länger eine Umschulung auf sitzende Tätigkeit beantragt.

"Auslösende" Ereignisse sind nicht zu eruieren, sie lehnt einen psychischen Einfluß auf den Verlauf auch ab, obwohl sie angibt, Überlastung mit verstärkten Durchfällen zu beantworten.

Eine mittelgroße Frau in lila Pluderhosen und rosa Bluse, mit kurzen gekräuselten Haaren, das Gesicht ein wenig "püppchenhaft" (sie war sorgfältig geschminkt), aber markant geschnitten. Auch die Stimme klang sonor und dunkel. Sie saß sicher und entspannt, die Beine weit vorgestreckt und übereinandergeschlagen, die Hände locker vor der Brust. Sie sprach flüssiges Hochdeutsch; Mimik, Gestik und Stimmodulation waren mäßig ausgeprägt. Sie hielt unbefangen den Blickkontakt und schien sich ihrer herben Attraktivität bewußt.

Ihre Kindheit -vor allem die Mutter- beschrieb sie nur zögernd, in völlig emotionsloser und indifferenter Weise, versuchte dafür aber, mit drastischen Schilderungen ihres physischen Zustands mein Mitgefühl zu erregen: dies und die vage Hoffnung auf Besserung ihrer körperlichen Beschwerden stellte wohl ihre Motivation zur Teilnahme an der Untersuchung dar.

Der Vater sei Montagearbeiter und so auch während der Kindheit kaum präsent gewesen; sie beschreibt ihn als "gutmütig"; seine Lieblingstochter sei sie eigentlich erst heute, damals habe er ihr und der 2 Jahre jüngeren Schwester den 3 Jahre jüngeren Bruder vorgezogen. Auf meine Frage nach der Mutter sprach sie zunächst von der Stiefmutter und lobte deren Freizügigkeit und Toleranz. Von der Mutter, die gestorben sei, als sie 13 war, wollte sie kaum sprechen: sie berichtet von Wutgefühlen auf die strafende Mutter, die sie heute mit ihrer kindlichen "Unvernunft" entschuldigt: die Mutter sei auch "zärtlich" gewesen. (Die Stiefmutter sei eine alte Freundin der Familie schon aus Lebzeiten der Mutter.) Die Familie lebte vor dem Tod der Mutter -die keinen Beruf ausübte- bei den Eltern des Vaters.

Sie selbst sei nach der Lehre in die Großstadt gezogen, habe dort zwei Jahre allein gelebt, ohne sich eigentlich von den

Eltern lösen zu können, bis sie ihren Freund -ihren "Mann", wie sie ihn nennt- kennenlernte. Sie beschreibt ihn als "Schweiger", er halte treu zu ihr.

Sie erlebt sich als fähig zu aggressiver Reaktion, kann auch ihre Probleme anderen mitteilen und sich aussprechen; im Innersten fühle sie sich aber ängstlich und unsicher hinter der selbstsicheren Maske. Auch allein wolle sie nicht mehr leben; sie müsse "wissen, daß einer zu Hause sei". (Wie Frau K. berichtet sie von Brückenangst und dem Traum, daß eine Brücke unter ihr "weich" werde und "einsacke", der sich auf eine reale Kindheitserinnerung gründe.)

3.15 Herr W.

36 Jahre alt, verheiratet, drei Kinder (zwischen 3 und 6 Jahren), Handelsschule, Banklehre, Abendgymnasium, Studium, jetzt in leitender Stellung.

Die Krankheit begann 1977 während seiner Prüfungen und Examina -ein Zusammenhang, den er selbst sieht. Die Symptome sind relativ diskret: schmerzhaftes Drücken und Spannungsgefühl im Bauch. Sie seien eng mit stress, vor allem mit seiner beruflichen Belastung korreliert; im Urlaub sei er sofort völlig beschwerdefrei.

1975 wurde röntgenologisch eine Ileitis regionalis diagnostiziert, in einer Rectumbiopsie wurde die Diagnose histologisch gesichert. 1978 waren röntgenologisch zwei Dünndarmschlingen und möglicherweise Sigma und Colon descendens befallen.

Er hatte als erster auf meine schriftliche Einladung mit einem Brief und zwei Telefonaten reagiert und geduldig fast eine Stunde bis zum Beginn des Gesprächs gewartet: ein schwerer großer breiter Mann in einem "sportlichen" Anzug und sonnenbraun im Gesicht. Er saß sicher und breit im Stuhl, die Beine weit vorgestreckt, sprach flüssiges, reich moduliertes Hochdeutsch -auch Gestik und Mimik waren angemessen lebhaft- und sah mir in die Augen, als wolle er mir gleich ein Bündel Aktien verkaufen. Er wirkte ansteckend gut gelaunt und alert, voller Elan und bar jeden Selbstzweifels. Einerseits suchte er ganz

zielstrebig und direkt Hilfe für seine Krankheit und wollte nun eben auch -nach der Neuraltherapie- die Psychosomatik "ausprobieren", andererseits konnte er mir seine Gefühle nicht vermitteln, stand ihnen wohl auch selbst fremd und hilflos gegenüber.

Er habe einen 2 Jahre jüngeren Bruder; ein Nachkömmling ist 6 Jahre jünger und leidet ebenfalls an M. Crohn: Herr W. beschreibt ihn als "extrovertierten lauten Menschen, der sich sogar als Karnevalspräsident betätige".

Der Vater sei ein "äußerlich nervöser", "hektischer" Mann gewesen; die Mutter, deren Liebling er bis zur Geburt des jüngsten Bruders gewesen sei, sei ganz wie er selbst: "innerlich nervös, penibel und versessen darauf, daß alles möglichst prompt und perfekt erledigt werde". Ihre Mutter wieder -bei der die Familie in den ersten Nachkriegsjahren wohnte und zu der er ein sehr gutes Verhältnis gehabt habe- sei ganz genauso strukturiert.

Als Kind, überhaupt bis zum Alter von 25 Jahren, bis seine Frau ihn "da raus holte", sei er "ganz introvertiert und komplexbeladen, gehemmt und schüchtern gewesen" und habe darunter entsetzlich gelitten.

Die Abendschule und das Studium neben der Arbeit habe er als ungeheure Belastung erlebt: zwar sei er nie "ehrgeizig" gewesen, auch nie ein überdurchschnittlicher Student, aber er habe immer "einen Druck gespürt, nur ja alles zu schaffen", und habe so wahrscheinlich stärker unter Prüfungsangst gelitten als andere.

Der Beruf habe ihm gut gefallen, solange er dort nicht allzuviel mit Menschen zu tun haben mußte: die Anforderung seiner Chefstellung mit ihrer Verantwortung beschreibt und empfindet er als ungeheure Belastung, seine angelernte Geschicklichkeit im Umgang mit Menschen als ungeliebte, aufgezwungene Maske. "Im Innersten" fühle er sich unsicher, sei zur Aggression eigentlich unfähig; er "fresse alles in sich herein", sei "nervös, introvertiert und zwanghaft penibel".

3.16 Herr Ki.

31 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder (10 und 5 Jahre alt), Elektrikerlehre, technischer Angestellter.

Die Krankheit begann vor 10 Jahren mit Blutungen, Diarrhoe und Schmerzen. Die Schübe kehrten etwa alle 6 Monate wieder und dauerten jeweils eine bis mehrere Wochen; seit 3 Jahren ist er ohne Medikamente fast beschwerdefrei, konsultiert aber dennoch regelmäßig mehrere Ärzte gleichzeitig. 1978 und 1979 stellte sich röntgenologisch nur das terminale Ileum als befallen dar; 1977 fanden sich bei einer Koloskopie einzelne Ulcera in sonst gesunder Schleimhaut, histologisch wurde die Diagnose eines M. Crohn gestellt.

Die Krankheit begann in den ersten Monaten der Ehe -ein Zusammenhang, den er selbst nicht als möglicherweise pathogen akzeptieren kann: sie hätten nicht mehr "Anfangsprobleme" gehabt als jedes andere junge Paar auch. Auch für die Schübe ließen sich keine "Auslöser" eruieren; er reagiere auch nicht "mit dem Darm" auf stress.

Er wirkte, wie Frau Professor Heigl-Evers es formulierte, "bizarr" in beiden Gesprächen: Ein mittelgroßer, beweglicher Mann in einem "kecken" hellblauen Anzug mit Weste, der eine himmelschreiend bunte Krawatte und ein dito Einstecktuch zur Schau stellte; ein bleiches Gesicht mit großer Nase unter dünnen kurzen blonden Haaren.
Dem Gesprächsinhalt entsprechend wechselte er ganz abrupt und blitzschnell von der Attitüde flachsiger geschwätziger Überlegenheit (er lag dann im Stuhl, die Beine weit in den Raum gestreckt, die Hände hinterm Kopf verschränkt) in die Haltung eines ängstlichen Kindes: saß ganz klein und zusammengekauert, stotterte und faltete bei Themen, die ihn besonders ergriffen, die Hände so vors Gesicht, daß er nichts mehr sehen konnte.
-Seine Verwirrung am Anfang des Supervisionsgesprächs, er habe gedacht, "meine Frau" würde dieses Gesräch führen, läßt auch eine Deutung dieses Verhaltens als "feminin-verführerisch" auf der Basis homosexueller Tendenzen zu.-

Er hat noch eine um 2 Jahre jüngere Schwester; der Vater trinke und habe sich "nicht um die Kinder gekümmert", wenn er sie

auch nicht geschlagen habe. Inzwischen habe er den Kontakt zu ihm abgebrochen. Die Mutter starb, als er 8 Jahre alt war, mit einem dritten Geschwister im Wochenbett: es war ihm auch in der Supervision unmöglich, sich an sie zu erinnern und sie zu beschreiben -Frau Professor Heigl-Evers beschrieb sein Unvermögen als kompensierte optische Wahrnehmungsdefekte, möglicherweise beruhend auf dem Trauma des Todes der Mutter-.
Er schildert eindringlich seine letzten Bilder von ihr: als er nach dem Besuch bei ihr die Klinik verließ, fuhr sie gerade ein Krankenwagen in eine andere Klinik, und wie er bei der Beerdigung hinter zwei Tanten gestanden und zwischen deren Rücken durchgelugt habe.
Von da bis zum Ende seiner Lehrzeit, als er eine Stelle als Beleuchter und "Mädchen für alles" am Theater annahm, habe er unter Asthma gelitten.
Er sei in mehreren Kinderheimen gewesen, bis der Vater 5 Jahre nach dem Tod der Mutter wieder heiratete; im Heim sei es "nichts Besonderes gewesen", wenn er mit den Nonnen dort auch immer gut ausgekommen sei. Später wohnte er dann, bis zur eigenen Hochzeit abwechselnd bei dem Vater, dessen zweite Frau Verständnis für ihn aufgebracht habe, und bei der Mutter des Vaters.

Er habe so "überhaupt kein Familienleben" gehabt und sich in der eigenen Ehe "alles selbst erarbeiten müssen". Er habe "überhaupt kein Selbstvertrauen" gelernt und leide unter dem Gefühl, "in allem 5 Jahre zurück zu sein": "Ich wußte mit 18 noch nicht, wie man Kinder kriegt." Im Supervisionsgespräch berichtete er, auch nie onaniert zu haben; es habe nur -aber da sei er auch schon älter als 18 gewesen- sexuelle Spiele mit einem Freund gegeben. Er habe auch jetzt noch, bei der "Aufklärung" seiner Kinder, das Gefühl, über Sexualität zu wenig zu wissen, und wollte ein Buch darüber empfohlen haben. Bei der Geburt der Kinder war er nicht dabei, er würde aber selbst gern Kinder gebären können.

Als er seine spätere Frau kennenlernte, sei er betrunken gewesen; vier Monate später mußten sie des ersten Kindes wegen heiraten: "Mir hat die Ehe sehr viel gebracht, ich hab' sehr viel gelernt", er könne sich jetzt auch "so beherrschen, daß er ruhiger wirke". Inzwischen habe er zwei Söhne und leide unter der Angst, der

jüngere könne "ihm ähnlich" geraten sein: ohne diese Angst oder die "Ähnlichkeit" konkretisieren zu können. Seiner Frau sei er treu, so gern er sich in Flirts seine Attraktivität und sein allmählich entstandenes Selbstbewußtsein bestätigen lasse: er helfe ihr auch im Haushalt und habe sich sogar, wovon eine Psychiaterin ihn in einem Gespräch abgebracht habe, sterilisieren lassen wollen, um ihr die Last der Verhütung abzunehmen (und aus Angst um den zweiten Sohn).
Seinen Beruf erlebe er als "Hobby" und komme gut mit seinen Kollegen zurecht.
Er wolle oft "rausplatzen", unterdrücke es aber meistens. Wenn er doch aggressiv werde, dann immer zum falschen Zeitpunkt. "Er schlucke auch sehr viel herunter", grüble aber nicht "länger als eine Stunde" über einer solchen Konfliktsituation.

Der in der Supervision bestätigte Verdacht auf das Vorliegen einer "latenten Schizophrenie" gründet sich auf sein bizzares Verhalten und seine Aussagen, er träume oft von Ereignissen -einer Verwarnung im Straßenverkehr z. B.-, die sich tatsächlich erfüllten; er höre in letzter Zeit auch bei Sportübertragungen im Radio noch während der Zwischenmusik eine Stimme, die sage "Gleich fällt ein Tor": das treffe dann auch für die folgende Reportage zu. Andere inhaltliche oder formale Denkstörungen waren nicht zu eruieren.

3.17 Herr G.

45 Jahre, verheiratet, 2 Kinder (13 und 14 Jahre alt), Angestellter.

Diagnostiziert wurde der M. Crohn erst 1974, er sei sich nachträglich nicht sicher, ob er nicht schon 10 Jahre länger bestanden habe. Er äußert sich in kolikartigen Bauchschmerzen, die minutenlang anhalten und ihn oft täglich quälen. Der Stuhl sei dann breiig mit hellroten Blutauflagerungen. Röntgenologisch sind seit 1976 immer wieder entzündliche Veränderungen in Coecum und Querkolon nachgewiesen.
Ein mittelgroßer, kantig und ungeschickt-steif wirkender Mann in einem schweren dunklen Anzug. Er sprach langsam und bedächtig,

ein gewähltes, manchmal gesucht-künstliches Hochdeutsch, saß gespannt und vorgebeugt in seinem Stuhl, hielt von sich aus Blickkontakt und drang mit lebhaften, aber seltsam schwerfälligen Gesten auf mich ein, sprach auch laut mit wechselnder Modulation. Mir gegenüber verhielt er sich fast unterwürfig und willfährig.

Er wuchs als Einzelkind auf; ein Bruder ist 6 Jahre jünger. In der Kindheit -die sich in der Not der Kriegs- und Nachkriegsjahre abspielte- habe er ständig unter der Angst gelitten, bestraft zu werden: der Vater sei hart und streng gewesen, die ein wenig weichere Mutter habe sich gegen ihn nicht durchsetzen können. Während der Schulzeit und in der Lehre sei ihm alles immer schwerer gefallen als den anderen; er habe sich immer alles mühsam erarbeiten müssen und sich ständig "unter Druck" gefühlt.

Es fiel ihm schwer, über diese Erfahrungen zu sprechen: er sei aber trotz ihrer bis zum Alter von 30 Jahren, als er heiratete, dort wohnen geblieben. Seine Frau bezeichnet er als sein Gegenteil, die Ehe sei "glücklich"; es scheint nur oft Schwierigkeiten mit den beiden pubertierenden Töchtern zu geben, denen er oft widerwillig ihren Willen lassen muß, um weiterem Streit aus dem Wege zu gehen.
Er sei "ängstlich", gehe Kämpfen "sorgfältig aus dem Weg", weil er nicht der "Unterlegene" sein wolle, und versuche alles, sie schon "im Vorfeld" zu verhindern. Er "verschließe seine Gefühle in sich selbst", könne sie nicht ausdrücken. Dem "Klima" in seiner Umgebung gegenüber sei er sehr empfindlich und entsprechend grüblerisch.
Der Kontext dieser Ängste mit dem Krankheitsverlauf ist ihm ganz bewußt: auf Spannungszustände in seiner Umgebung reagiere er mit einer Latenz von Tagen bis einigen Wochen mit einem erneuten Schub. In Konfliktsituationen, deren Ausgang ungewiß sei, in denen er nicht wisse, wie er sich zu verhalten habe, spüre er regelmäßig sofort Stuhldrang.

3.18 Herr H.

29 Jahre alt, verheiratet, ein Sohn von 8 Jahren, Chemielaborant, seit 1972 wegen der Krankheit berentet.

Er wirkte älter: ein großer schwerfälliger hagerer Mann mit scharfgeschnittenem Gesicht, saß steif und gerade, die Hände auf die Knie gestützt, und vermied anfangs den Blickkontakt, redete sich dann aber ins Feuer. Er sprach flüssig, ohne daß ich hätte viele Fragen stellen müssen, aber langsam und suchend, als müsse er um die Worte ringen. Mimik und Gestik wirkten starr und gehemmt.

Die Krankheit begann im Sommer 1971 mit Durchfällen, blutigen Stühlen und Koliken; im Herbst dieses Jahres brach er mit einem Gewicht von nur noch 48 kg zusammen: röntgenologisch wurden ein Ulcus duodeni und eine ausgedehnte Colitis festgestellt. Die Krankheit verläuft seitdem unberechenbar in Schüben, zwischen denen er unter breiigen Stühlen leidet; das längste freie Intervall betrug ein Jahr. 1974 war röntgenologisch das gesamte Colon und das terminale Ileum befallen, endoskopisch wurde eine ulcerierende Gastritis und ein dem M. Crohn entsprechendes Bild im Rectum gesehen, histologisch war keine sichere Differenzierung gegen eine Colitis ulcerosa möglich. Der Patient war jetzt zu den Untersuchungen für ein Gutachten stationär aufgenommen.

Er war Einzelkind und sei lange von dem sehr autoritären, sich selbst für "unfehlbar" haltenden Vater, der auch die weichere Mutter völlig "bevormundet und abgeschirmt" habe, dominiert und überfordert worden: einerseits habe der Vater immer Selbständigkeit von ihm gefordert, andererseits habe er sich von dieser dann wieder enttäuscht und übergangen gefühlt. Er habe diese Überansprüche schon in der Schule "aus Trotz" enttäuscht, auch wenn er sich selbst damit schadete, nur um auszudrücken: "Hier bin ich, hier laß ich mich nicht mehr steuern!" -diesen bewußt selbstzerstörerischen Trotz gegen jede Autorität habe er heute noch in sich.

Mit 14 schickte der Vater ihn gegen seinen Willen in ein weit entferntes Lehrlingsheim in die Obhut eines ehemaligen Berufssoldaten, rationierte ihm auch nach seiner Rückkehr, als er schon als Facharbeiter arbeitete, das Taschengeld und verlangte Rechenschaft "über jeden Schritt". Er sei aber immerhin freier gewesen als je zuvor, habe seinen Beruf und seine Freundin -die spätere Ehefrau, die er schon "aus dem Sandkasten" kannte-

gehabt: in dieser Situation sei die Einberufung zur Bundeswehr "der letzte Tropfen" gewesen: "Diese Erziehung, dann die Lehre, und dann die Bundeswehr: das konnte nicht gut gehen. Irgendwo ist das rausgekommen." "Die Wurzel von allem Übel, die liegt im Elternhaus." "Man kann immer nur eine gewisse Menge von allem vertragen: irgendwo geht's dann raus. Bei mir war halt eben der Darm die schwache Stelle." In dieser Zeit, eben im Herbst 1971, als die Krankheit begann, mußte er auch, weil seine Freundin schwanger war, heiraten: damals habe er sich "zum ersten Mal gegen den Vater durchgesetzt": "da mußte er mich volljährig machen!"

Er liebe seine Frau, wüßte ohne sie nicht, wo er hin sollte: sie habe ihm erst Halt gegeben. Seine eigene Familie, von der er jetzt auch die Mutter fernhalte, betrachte er als seinen "Bau, wo er geschützt sei wie ein Tier". Mit seiner Frau könne er, was er zuerst mühsam habe lernen müssen, alle Probleme bereden, sich mit ihr in Konflikten "zusammenraufen".

Er versorgt jetzt den Haushalt, während die Frau arbeitet, hält sich beschäftigt, sieht in seinen Hobbys eine Möglichkeit zur "Bestätigung", "Balsam für die Krankheit": früher habe er morgens "die Rolladen wieder heruntergezogen, um die anderen nicht auf dem Weg zur Arbeit sehen zu müssen".
Der Vater sei vor 4 Jahren an einem Herzinfarkt gestorben: er habe erst in seiner letzten Zeit mühsam bei seinem Sohn gelernt, "was Krankheit ist", habe so zuletzt auch versucht, nicht mehr "die Autoritätsperson" zu sein und ihm zu helfen. Er "trage die Trauer noch in sich herum", ohne sie "zeigen" zu können: "Es dauert bei mir lange, bis die Lücke geschlossen ist." Drei Wochen nach dem Tod des Vaters erlitt er einen Schub, der länger als ein halbes Jahr gedauert habe.

Er erlebt sich als gehemmt und unsicher, hat Schwierigkeiten, seine aggressiven Impulse angemessen zu dosieren: "Einmal explodiert das, da können Sie einem die Gurgel durchbeißen, da kommt alles raus, was sie jahrelang in sich reingefressen haben!"

3.19 Herr Ha.

22 Jahre, abgeschlossene Lehre, jetzt dabei, auf dem Zweiten Bildungsweg das Abitur nachzuholen; lebt allein mit der Mutter.

Die Krankheit begann vor 4 Jahren mit blut- und schleimvermengten Durchfällen, Übelkeit und Erbrechen. Die ersten Schübe dauerten jeweils 2 bis 3 Wochen und wiederholten sich im Abstand von 2 bis 3 Monaten. Er wurde 1977 zweimal wegen periproktitischer Abszesse behandelt und Ende dieses Jahres wegen lebensbedrohender Blutungen kolektomiert und mit einem Stoma versorgt. Intraoperativ stellte sich fast das gesamte Colon als befallen dar, histologisch wurde die Diagnose aus dem OP-Material gesichert. Danach war er sofort beschwerdefrei und lebte anderthalb Jahre ohne Symptome -1978 waren auch endoskopische und röntgenologische Kontrollen unauffällig- bis er im Sommer 1979 den bisher letzten Schub erlitt. Jetzt ist er wieder völlig beschwerdefrei.

Ein großer "flapsiger", etwas dicklicher Junge -ich hätte ihn jünger eingeschätzt- in Latzhosen: er lag eher, die Hände überm Bauch gefaltet, im Stuhl; Mimik und Gestik wirkten extrem ruhig, fast schwerfällig-verlangsamt. Er sprach ebenso schleppend, dialektgefärbtes Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz, mit vielen Pausen und um so langsamer, je unangenehmer oder ungewohnter ihm ein Thema war. Er verwandte ständig verallgemeinernde Vokabeln wie "irgendwie" und "ziemlich" und stellte damit seine Emotionen so verschwommen dar, daß sie mir kaum nachvollziehbar wurden, zumal er immer wieder in Schilderungen faktischer Details abschweifte.
Er selbst erlebte seine Erkrankung als psychisch bedingt und sah ihre Ursache darin, daß er alles "so in sich reinfresse": suchte auch explizit nach einer Psychotherapiemöglichkeit.

Auf mich wirkte er, ein Eindruck, der sich in der Supervision und beim Gespräch mit Stationsschwestern bestätigte, wie ein zu großer, etwas griesgrämiger Säugling, und ich fühlte mich eingeengt in der Rolle, in die er mich gedrängt hatte: ihn als Belohnung für die lustlos herausgequetschte Information mit Therapie "füttern" zu sollen.

Seine Schilderungen der Kindheit blieben karg: er sei ein "Nach-

kömmling", die beiden Schwestern -10 und 14 Jahre älter- seien längst "aus dem Haus".

Der Vater sei 1971 gestorben; er gab vor, sich "gar nicht mehr groß an ihn erinnern" zu können: er sei wohl "relativ streng" gewesen und "auch viel krank"; die Mutter beschreibt er als verständig und ausgleichend, nur gehe ihm "allmählich auf die Nerven, daß sie ihn bevormunden wolle", damit "müsse endlich Schluß sein". Gemeinsam sei ihm mit den Eltern das Engagement für andere. Bis zum 17. Lebensjahr sei er "lieb und still", auch ein guter Schüler gewesen, bis er dann mit einem "auch so schön introvertierten Freund" "ausgeflippt" sei, die Schule schwänzte und nicht versetzt wurde: was seine Mutter in der Hoffnung, er werde schon wieder vernünftig werden, geduldig ertragen habe. Er verließ nach dem 10. Schuljahr das Gymnasium, begann 1974 seine Lehre und bestand 1979 die Aufnahmeprüfung fürs Kolleg, mußte den Schulbeginn des Krankheitsschubes wegen aber um ein Jahr verschieben: er gab zu, "eigentlich aus Bequemlichkeit" das Abitur nachholen zu wollen: in der Hoffnung auf ein paar Jahre Schule und Studium ohne Geldsorgen und Entscheidungszwang.

Zum Schulbeginn wolle er auch "endlich" ein eigenes Zimmer nehmen, ein Entschluß, der ihm nicht leicht gefallen sei, da seine Mutter dann allein bleiben müsse, der ihn auch "einen harten Kampf" mit ihr gekostet habe (bei dem ihn die Schwestern unterstützen mußten) und in dem er jetzt auch von mir bestärkt werden wollte. -Zwei Monate später, bei der Supervision, die Schule hatte schon begonnen, hatte er immer noch keine konkreten Schritte zum Auszug unternommen.-

Er sieht sich als selbstsicher, könne sich auch wehren und seine Interessen gegen Widerstand durchsetzen, leide aber sehr unter Spannungen in seiner Umgebung und könne nur schwer neue Kontakte anknüpfen. Er "fresse alle Sorgen in sich herein". An Mädchen sei ihm nicht so sehr das Aussehen als vielmehr die "gemeinsame geistige Wellenlänge" wichtig: und zu seiner Überraschung hätten sich bisher fast alle seine Bekanntschaften auch außerhalb der Klinik als Krankenschwestern entpuppt.

Die Krankheit manifestierte sich nach der "gut" bestandenen Gesellenprüfung in den Ferien; er selbst sieht als auslösend

den Konkurrenzdruck vor der Prüfung an, der alle "Kameradschaft" zerstört habe: er habe alles getan, "die Lage in aller Ruhe zu klären", sich auch als Jugendvertreter vergeblich eingesetzt, und sei schließlich "mit den Nerven ganz fertig gewesen". Über die weiteren Schübe bis zur Operation weiß er keine "speziellen Einzelheiten" anzugeben, ist aber sicher, daß das weiter bestehende Spannungsfeld im Betrieb und neue Konflikte in der Pfarr- und Jugendarbeit, in der er sehr engagiert gewesen sei, sich auf den Verlauf ausgewirkt hätten. Dem letzten Schub 1979 ging einmal eine Phase der Überarbeitung voraus, an deren Ende er ganz fahrig gewesen sei -er hatte dem Arbeitgeber sein Stoma verschwiegen-, zum anderen habe er sich zwei Monate vorher von seiner Freundin getrennt, einer Krankenschwester, die er bei einem Stomatherapeutenlehrgang kennengelernt habe. Die Umstände der Trennung beschrieb er so: "Ja, dann war einfach Schluß", "wenn man da einen ganzen Abend sitzt und sich anschweigt".

Sein Stoma kommentierte er mit den Worten: "Als Erfahrung ist's nicht schlecht": er lebe jetzt, nach dieser Erfahrung des Verblutens vor der Operation, viel "bewußter und viel weniger oberflächlich". Behindert fühle er sich "im Großen und Ganzen" nicht, zumal er die Erfahrung gemacht habe, bei einer verständnisvollen Partnerin auch in seiner Sexualität nicht beeinträchtigt zu sein.
Mitleid oder Rücksicht ("Um Gottes Willen, nein!") lehnt er entschieden ab; durch die "übergroße Fürsorge seiner Mutter" fühle er sich "behindert".

3.20 Herr S.

25 Jahre alt, Student, lebt mit seiner Freundin zusammen.

Die Krankheit begann vor 8 Jahren mit einer Darmblutung; jetzt habe er täglich, abhängig von den Mahlzeiten, Magenschmerzen und Durchfälle. Auslösende Ereignisse waren nicht zu eruieren. 1974 stellte sich röntgenologisch ein Ulcus duodenale dar; 1975 erbrachten Kontrasteinläufe keinen pathologischen Befund; 1976 und 1977 fand sich endoskopisch bzw. röntgenologisch auch im oberen Verdauungstrakt keine krankhafte Veränderung, 1978/79

stellten sich endoskopisch vereinzelte Erosionen in Duodenum, Antrum und Corpus dar, histologisch wurde die Diagnose eines M. Crohn gesichert.

Ein langer schlaksiger langhaariger bleicher Mann, zu Beginn des Gesprächs eher schüchtern. Er stotterte ein wenig, wurde auch rot im Gesicht, wenn er sich erregte; er sprach eine Mischung aus Dialekt und Universitätsslang, hielt unbefangen den Blickkontakt und erging sich in endlos scheinenden Detailschilderungen. Mimik und Gestik waren angemessen ausgeprägt.

Er sprach mit Haß von der "Enge", die zu Hause geherrscht habe. Den Vater beschreibt er als "klein und bullig", er sei oft betrunken und "in allem sein Gegenteil"; es habe viel Streit zwischen ihnen gegeben. Am schlimmsten -er hat einen 4 Jahre jüngeren Bruder- seien diese Konflikte für die Mutter gewesen, die immer habe "schlichten" wollen: zu ihr habe er immer mit allen Sorgen gehen können, sie hätte ihm, wenn er sich nicht gegen zuviel Verwöhnung gewehrt hätte, "den Arsch nachgetragen".

Er begann sein Studium ohne Wissen und Wollen der Eltern und zog nach dem Abitur in eine Wohngemeinschaft am Hochschulort; er sei froh gewesen, der überfürsorglichen Mutter und dem "Mief" zu Hause entronnen zu sein; Gespräche habe es da nicht mehr gegeben, das Familienleben habe sich vor dem Fernsehgerät abgespielt.

In der Wohngemeinschaft sei es bald zu Reibereien und Spannungen gekommen -er kam mehrmals auf diese Zeit der Streitigkeiten zurück-, er habe es aber, den anderen zuliebe, doch noch anderthalb Jahre dort "ausgehalten", bis er mit seiner Freundin in eine eigene Wohnung gezogen sei. Sie sei "viel introvertierter als er", noch stärker an ihre Eltern gebunden: er habe sie regelrecht "zu Hause wegholen" müssen.

Er sei sicher und fähig zu adäquat aggressiven Reaktionen, könne aber nicht allein sein -er müsse immer "Leute" um sich haben- und sei sehr angewiesen auf eine spannungsfreie Atmosphäre in seiner Umgebung.

3.21 Herr Ju.

53 Jahre, verheiratet, ein 18-jähriger Sohn, Werkzeugmachermeister.

Die Krankheit begann vor 7 Jahren mit Durchfällen -er stak zu der Zeit in einem "zehrenden" Streit mit seinen Geschwistern ums Grunstück der Mutter- besserte sich dann und brach im letzten Jahr, nach dem Tod der Mutter mit resultierendem Erbschaftsstreit, erneut aus. Auffällig ist weiter, daß es ihm nach der Rückkehr aus Kuren zu Hause sofort wieder schlechter ging. Vor allem während des ersten Schubes habe er Zustände von "Depression" gehabt, in denen er unter Angst gelitten habe, nicht mehr schlafen konnte und nächtelang spazieren lief: Zustände, denen er jetzt noch völlig hilflos und ohne jede Erklärungsmöglichkeit gegenübersteht.

1975 und 1980 stellte sich röntgenologisch das Coecum als befallen dar, 1975 zeigte sich auch eine Ileitis terminalis. Die Koloskopie erbrachte keinen für M. Crohn typischen Befund; histologisch konnte 1980 eine Colitis ulcerosa ausgeschlossen, ein M. Crohn nicht bewiesen werden. Der Patient war wegen starker Schmerzen aufgenommen worden, klagte zum Zeitpunkt des Interviews kaum noch über Beschwerden, mußte aber, da sie rezidivierten und unbeherrschbar blieben, bald nach dem Gespräch einer Ileotomie mit Hemi-Kolektomie rechts unterworfen werden. Intraoperativ stellten sich 50 cm des terminalen Ileums als entzündet dar.

Ein mittelgroßer, schmal aber kräftig wirkender Mann mit gebräuntem, grob geschnittenen Gesicht und sehr großen, kräftig-knotigen Händen. Er war fast feierlich-sonntäglich gekleidet, hielt sich unbeholfen gerade und verhielt sich ungewohnt höflich.

Zum Interview war er sofort bereit, nannte auch schon auf der Bettkante die "Auslöser" und seine Neigung, "alles in sich reinzufressen", als mögliche Teilursachen seiner Krankheit. Er sprach frei und flüssig, Dialekt mit kleinem Wortschatz, und mußte oft die Hände zur Hilfe nehmen. Die Mimik war sehr schwach und starr; einige Male -beim Bericht vom Tod der Eltern- schien er den Tränen nahe zu sein. Er hielt den Blickkontakt, saß gerade und breitschultrig im Stuhl, die großen Hände auf

den Oberschenkeln. In seinem Verhalten mir gegenüber schwankte er zwischen anteilheischender Klagsamkeit und Dominanzstreben: so beugte er sich -als er von einer entsprechenden Szene mit seinem Vater sprach- vor und tätschelte, mich gewissermaßen adoptierend, mein Knie!

Zu seinen Gefühlen, vor allem zu seiner wohl ungeheuer starken Aggressivität, schien er keinen Zugang zu haben: ich hatte den Eindruck, es brodle dicht unter der Oberfläche in ihm wie in einem Vulkan: ein Dampfdruckkessel. Die einzige Möglichkeit, diese Emotionen zu bewältigen, schien für ihn das Ausagieren zu sein; in der Beschreibung wich er immer wieder auf faktische Details aus.

Er ist das zweite von sieben Kindern; ein um anderthalb Jahre älterer Bruder starb kurz nach Kriegsende an Malaria; 2 Jahre später, als er 21 war, starb auch der Vater -der lange an Magengeschwüren gelitten habe-. Seitdem habe er sich -die Rente der Mutter sei nur klein gewesen, und er habe als einziger einen Beruf gehabt- zum "Zusammenhalten" der Familie "verpflichtet" gefühlt und damit die Rolle des Vaters, der "sich auch für die Familie geopfert habe" in einer analogen Situation nach dem Ersten Weltkrieg, übernommen.
Über die Kindheit konnte ich nicht viel erfahren; sie sei "schön" gewesen; das Lieblingskind der Mutter sei er eigentlich nicht gewesen: ihre Zuneigung habe sich "so verteilt" auf die Kinder. Sie sei "sehr ruhig" gewesen und habe es "immer allen recht machen" wollen. Der Vater sei "lustig" gewesen und habe eine ganze Gesellschaft unterhalten können. Der Patient schilderte neidvoll, welche Karrieren die Geschwister des Vaters auf dessen Kosten gemacht hätten: der Vater selbst sei darüber aber, obwohl er ihretwegen seine Lehre abgebrochen hätte, nie verbittert gewesen.
Er blieb also bei der Mutter, baute später sein Haus an ihres an und hatte sie bis zu ihrem Tod, Ende letzten Jahres, jeden Abend bei sich und seiner Frau sitzen: "Was auch nicht immer leicht gewesen sei".

Seine Frau lernte er mit 21 Jahren kennen und heiratete sie 6 Jahre später: sie sei sein "genaues Gegenteil", "platze immer gleich mit allem raus". Die Ehe sei "gut"; er spricht mit Stolz

von seinem Sohn.
Die Schuld am Zerfall der Geschwister über den Streit ums Erbe der Mutter lastet er den "angeheirateten" Schwägern an: er fühle sich von ihnen "ausgenutzt".

Seine Liebe und seine Freizeit gehörten dem Garten; mit seiner Arbeit sei er zufrieden und stolz auf seine Leistungen als Vorgesetzter: er "habe mit niemand Streit" und könne jeden nach seiner Befähigung und nach seinen Vorlieben einteilen. Er ließ aber Unzufriedenheit erkennen, nie "auf Wanderschaft" gegangen zu sein und scheint bei aller Sparsamkeit unter seinem relativen Geldmangel zu leiden: so berichtete er, nach einem Traum gefragt, einen Traum der letzten Nacht: Er habe im Casino gewonnen und sei nun, die Taschen voller Chips gestopft, auf der Flucht vor Verfolgern, die sie ihm abnehmen wollten.

Er sieht sich selbst als "mehr praktisch begabt"; er "fresse alles in sich herein" und lasse sich in Situationen bringen, in denen er ausgenutzt werde. Früher sei er auch "schüchtern" gewesen, ohne sich die Ursache dieses Gefühls erklären zu können. Zur Illustration der Aggressivitätsproblematik referiere ich, was er als seine erste Erinnerung beschrieb: wie er mit 5 Jahren zusammen mit einem Freund ein Gitter hochgeklettert sei und sich dabei eine Eisenspitze in die Gurgel gerammt habe -er zeigte die Narbe-. Kurz danach sei er fast in einem Bach ertrunken. Meinen Einwurf, das seien doch recht ungewöhnliche, "mörderische" Erinnerungen, verstand er nicht.

3.22 Herr J.

39 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder (16 und 18 Jahre alt), Arbeiter.

Er leide seit 10 Jahren unter wechselnd starken Durchfällen -ad 7 pro die-, der Stuhl sei immer flüssig, aber ohne Blut- oder Schleimbeimengung. Dazu träten manchmal für ein bis zwei Tage heftige Bauchschmerzen, die vor 3 Monaten so heftig gewesen seien, daß er sich -er mußte auch erbrechen- in der Klinik aufnehmen ließ. Dort imponierte er als "mißtrauisch und ängstlich"

und lehnte jede Diagnostik und Therapie ab - wofür er auch mir keine Begründung gab. (Die Diagnose ist nach den Akten vor einem Jahr gesichert worden.) Zum Zeitpunkt des Interviews war er beschwerdefrei.
"Auslöser" für die Erstmanifestation waren nicht zu eruieren; er leide aber, wenn er aggressiv gewesen sei, regelmäßig ein bis zwei Tage lang unter einer "Verkrampfung" im Bauch.

Ein kleiner, schmaler, leiser, intelligent wirkender Mann in Hemd und Hose, mit gescheiteltem dunklem Haar und einer schweren Hornbrille. Beim Vorgespräch auf der Station löffelte er griesgrämig im Essen, sah mich gar nicht richtig an, sagte mir aber -zu meiner Überraschung nach den Vorinformationen von Schwestern und Ärzten- sofort seine Teilnahme an der Untersuchung zu.
Er sprach ein wenig stockend, Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz; einmal, als er über seine Nervosität sprach, stotterte er fast. Er saß gerade im Stuhl, die Hände im Schoß gefaltet, und hielt den Blickkontakt. Mimik und Gestik waren sehr schwach ausgeprägt; er antwortete sorgfältig, spann auch von sich aus den Faden weiter. Ich litt während des ganzen Gesprächs unter dem Gefühl, er wolle/suche etwas bei mir, ohne daß ich imstande war, zu erfahren oder zu erraten, was er suchte.

Er habe eine "unglückliche Kindheit" gehabt: seine Mutter sei, als er 6 Jahre alt war -und seine Schwester 10 Wochen alt- an einer perforierten Appendicitis gestorben. Die Mutter konnte er nicht recht beschreiben, er akzeptierte die Beschreibung "weich und mütterlich": er lebte -der Vater war Soldat- meist allein mit ihr, sei sehr verwöhnt worden und "bestimmt kein Engelchen" gewesen: die Mutter habe ihm jeden Wunsch erfüllt. (Andere Kinder zu Freunden habe er in dieser Zeit nicht gehabt.) Als erste Erinnerung schildert er, wie er, auf dem Weg zum Bunker, mit seiner Mutter von einem Tiefflieger gejagt worden sei: sie habe sich schützend über ihn geworfen; er erinnere sich noch, wie er fasziniert die Einschläge über den Boden kriechen sah. Ebenso ergriffen beschrieb er, wie er mit einem Stück Schokolade als Geschenk für die Mutter aus der Schule gekommen sei und sie tot habe liegen sehen: er zog bei sich mit dem Finger das Blutrinnsal nach, das ihr aus dem Mundwinkel gelaufen sei. Er habe dabei das Gefühl gehabt, nun etwas "unwiederbringlich verloren" zu haben.

Der Vater -er sei manchmal ebenso jähzornig wie er selbst- heiratete bald wieder; in die neue Familie habe er sich -es kamen auch noch zwei neue Kinder hinzu- nicht einfügen können, die Stiefmutter habe ihn geschlagen, bis er ihr mit 14 Jahren drohte, zurückzuschlagen: so habe er schon mit 19 Jahren geheiratet, "um von zu Hause wegzukommen", was er "nie bereut habe". Seine Frau beschreibt er "als sein genaues Gegenteil", sie "fresse alles in sich herein".

Er hatte große Schwierigkeiten, sein Selbstbild zu formulieren: unsicher fühle er sich nicht, auch nicht "grüblerisch" - eher "nachdenklich" und introvertiert. Vor allem sei er jemand, der gern "friedlich lebe und keinen Streit wolle", seine Aggressionen könne er schlecht kontrollieren, er müsse dann "aus sich rausplatzen ohne Rücksicht auf die Folgen". Körperlich gewalttätig geworden sei er aber noch nie.

3.23 Herr Go.

57 Jahre, geschieden, eine 22-jährige Tochter. Lebt allein. Kaufmännischer Angestellter, berentet wegen der Erkrankung.

Die Krankheit habe vor 5 Jahren mit heftigsten Durchfällen begonnen; inzwischen gehe es ihm bis auf eine Arthritis "mittelprächtig". 1975 wurden endoskopisch Antrum, Bulbus duodeni und das Colon bis zum Descendens als befallen beschrieben und die Diagnose histologisch gesichert; 1977 -er war wegen Bluterbrechens aufgenommen worden- zeigte sich endoskopisch und histologisch der Befall von terminalem Oesophagus und Bulbus duodeni.
Auslösende Situationen waren nicht zu eruieren.

Der -von Herrn Dr. Ehms in der Ambulanz für meine Untersuchung "gepreßte"- Patient verweigerte sich völlig, beantwortete meine Fragen mit betontem Widerwillen und verschwieg mir offensichtlich viel - so ist im Krankenblatt sehr unklar von einem Suizidversuch seiner Tochter zur Zeit seines Klinikaufenthaltes 1977 die Rede.
Ein kleiner dicker Mann mit Halbglatze, der mißmutig in seinem Stuhl hockte, seinen Bauch streichelte, sich sogar ostentativ

von mir wegdrehte und zunehmend gereizt immer wieder betonte: "Ich hab' keine Probleme, können Sie mir glauben."

Er sei der von der Mutter gehätschelte Jüngste von 4 Geschwistern gewesen; den kaum präsenten Vater beschrieb er als "friedliebend", auf seine Ruhe bedacht; von der Mutter habe er alle Wünsche erfüllt bekommen: sie blieb bis zu ihrem Tod vor 6 Jahren im selben Haus mit ihm wohnen; ihren Tod habe er "als Erlösung" erlebt nach ihren langen Krankheiten. Sie selbst habe nie geklagt.

Er heiratete nach dem Krieg zum ersten Mal -seine Frauen beschreibt er als "modern" und "mit der Mutter nicht zu vergleichen": die erste Frau sei vor 20 Jahren gestorben; die zweite habe ihn vor zweieinhalb Jahren verlassen, weil sie mit der Tochter aus der ersten Ehe nicht zurecht gekommen sei. Die Tochter sei inzwischen auch ausgezogen und lebe zu seinem Mißfallen mit einem Freund zusammen, ohne heiraten zu wollen.
Im Beruf gab es sehr viel "Hektik und Ärger", aber er habe ein gutes Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen gehabt und gern gearbeitet, auch wenn es ihm jetzt, da er ruhiger lebe, auch körperlich etwas besser gehe.

Er bezeichnet sich als selbstsicher und könne sich wehren, auch wenn er Streit lieber aus dem Wege gehe. Er fresse nichts in sich herein und könne sich aussprechen, habe auch nie "Kontaktschwierigkeiten" gehabt und pflege jetzt seinen großen Bekanntenkreis.

3.24 Herr Br.

36 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder (11 und 13 Jahre alt). Hauptschule, arbeitet als Verwaltungsangestellter.

Der M. Crohn begann vor 12 Jahren mit Durchfällen und Schmerzen; er mußte in der Folge ein- bis zweimal im Jahr stationär behandelt werden. Die Diagnose eines M. Crohn wurde vor 2 Jahren gestellt, kurz darauf mußte eine Kolektomie durchgeführt und ein Stoma angelegt werden. Seither sei er bis auf einen Ileus im letzten Jahr völlig beschwerdefrei; röntgenologisch und endoskopisch ergab sich im letzten Jahr kein pathologischer

Befund, histologisch wurde aber aus einer Ileumbiopsie die Diagnose erneut gesichert. Auch er sprach von einem "neuen Leben" nach der Stoma-Operation und davon, daß er jetzt versuchen wolle, "10 verlorene Jahre aufzuholen". Seine Kinder und seine Frau hätten wie er gelernt, mit den Besonderheiten seines Lebens, mit dem Stoma "humorvoll" umzugehen.

Er wirkte beim Vorgespräch in der Ambulanz völlig desinteressiert, nahm auch wohl nur Herrn Dr. Ehms zu Gefallen an der Untersuchung teil und hatte mich bei unserer ersten Verabredung ohne Absage oder spätere Entschuldigung versetzt.

Ein gutaussehender, kräftiger mittelgroßer Mann, der sehr sicher und sehr sachlich wirkte. Er saß bequem -ließ mich nur sein Profil sehen und redete die Wand an- mit angemessen lebhafter Gestik und Mimik, wich meinen Fragen nach Problembereichen immer wieder aus und dozierte stattdessen -mich auch besserwisserisch unterbrechend- in einem abgehackten "preußischen Offiziersstil" und einer sehr gewundenen, unpersönlich phrasenhaften Ausdrucksweise über die Krankheit, seine Erfahrungen mit dem Stoma, und, wo er nicht weiter ausweichen konnte, über sich: da geriet er dann schnell wieder auf seine allgemeinen Ansichten zur Weltlage.

So war trotz ständigen Nachhakens über die Kindheit nicht viel zu erfahren: Den Vater "kenne er nicht", er habe die Familie verlassen. Er sei mit der Mutter allein bei deren Eltern aufgewachsen, habe nach ihrer neuen Heirat ein gutes Verhältnis zu Stiefvater und Halbbruder gehabt. Nach der Lehre sei er mit 18 Jahren zu Hause ausgezogen und Berufssoldat geworden, um "ungebunden zu sein" und "was zu erleben".

Zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit sei er -Zusammenhänge, die ihm bewußt waren- auf einer falschen Planstelle "gelandet" und habe dadurch seine Laufbahn zunächst versperrt gefunden, in dieser Zeit mußte er auch des ersten Kindes wegen heiraten: "Man könnte vielleicht sagen, wenn ich nicht geheiratet hätte, wäre der Morbus Crohn nicht ausgebrochen": obwohl die Ehe gut sei; seine Frau habe vielleicht noch mehr unter der Krankheit gelitten als er selbst. Er wich dann auf den Bericht von seinem Hausbau aus: mit 25 habe er schon "sein eigenes Haus gehabt!"

Die Laufbahn als Soldat auf Lebenszeit war ihm also durch die Krankheit abgeschnitten; beim Versuch, sich dort wenigstens weiterzuqualifizieren, erlitt er im zweiten Semester an der Fachhochschule -die er neben dem Beruf besuchte- einen erneuten schweren Schub und habe das Studium deshalb abgebrochen. Jetzt arbeitet er als Zivilangestellter mit wesentlich ungünstigeren Aufstiegschancen: auch dieses berufliche Scheitern suchte er, wie den Verlust des Vaters, zu kaschieren und der Darstellung auszuweichen. Auslösend für einen weiteren Schub Ende 1977 sei der plötzliche Tod seiner Schwiegermutter gewesen: da habe er "gleich gewußt, in 14 Tagen bist Du wieder im Krankenhaus".

Er fühle sich selbstsicher und könne sich wehren, auch wenn er, in der militärischen Hierarchie, "vielleicht zuviel in sich habe reinfressen müssen". Er habe vor der Operation am meisten gefürchtet, seine Potenz zu verlieren: "da hätte ich mich eher aufgehängt".

3.25 Herr P.

53 Jahre alt, verheiratet, keine Kinder. Arbeiter.

Vor anderthalb Jahren wurde er wegen einer plötzlichen starken Darmblutung stationär aufgenommen; rektoskopisch fanden sich Ulcera bis zu einer Höhe von 20 cm, histologisch wurde ein M. Crohn diagnostiziert. Er war beschwerdefrei, bis er vor einem Monat ebenso akut Schmerzen im Oberbauch entwickelte: gastroskopisch wurde ein ulcus ad pylorem festgestellt, histologisch jeder Zusammenhang zum M. Crohn verneint, auch die Laborwerte sprachen nicht für das Vorliegen einer Entzündung. Im Röntgenbild stellte sich eine Sigmastenose dar, rektoskopisch fand sich eine reizlose Narbe ohne Zeichen einer Entzündung. Er selbst lehnt die Beteiligung psychischer Faktoren an der Entstehung des M. Crohn entschieden ab; auslösende Situationen waren nicht zu eruieren.

Ein kleiner bleicher magerer Mann in einem Trainingsanzug, grauhaarig mit tiefliegenden Augen und vorspringender scharfer Nase. Er stand und bewegte sich so selbstsicher, als sei er im Institut zu Hause, und begann das Gespräch, noch ehe wir

saßen. Während des ganzen Gesprächs hielt er buchstäblich für keine halbe Minute dieselbe Stellung im Stuhl ein -obwohl er behauptete, hier in der Klinik sei er ganz ruhig und habe "total abgeschaltet"-. Er sprach in sehr schnellem Dialekt, in einem abgehackten Verbalstil, begleitet von einer extrem lebhaften, ausfahrenden Gestik und Mimik, geradezu auf mich ein. Gesprächspausen traten gar nicht ein, vielmehr mußte ich seinen Redefluß mehrmals unterbrechen, wenn ich Fragen stellen oder das Thema wechseln wollte. Er haftete in seinem Denken völlig an faktischen Details: so kam er von der Erwähnung seines Vaters, eines Kutschers, sofort auf dessen Pferde, von seinem Hobby -dem Auto- sofort auf eine endlose Schilderung der Sauerlandautobahn, in der ich ihn kaum unterbrechen konnte. Von seinen Gefühlen war er ganz abgeschnitten: seine motorische Unruhe stand in groteskem Gegensatz zu seiner Behauptung, "ganz ruhig" zu sein; seine redundanten, gestenreich-ausführlichen Klagen über seinen Arbeitgeber unterbrach er immer wieder mit der Beteuerung "aber darüber reg' ich mich ja gar nicht auf!".

Ich fühlte mich gereizt und angegriffen durch seine so selbstsicher zur Schau getragene Dominanz, bis ich spürte, wie sehr er auf meine Zustimmung angewiesen war: wenn ich ihn nicht mimisch oder verbal bestärkte, brach er sofort ab und wechselte das Thema. Seine aggressive Dominanz gab dem leisesten Widerstand sofort nach.

Er selbst war das fünfte von 12 Kindern; die Eltern bezeichnete er als "gut", ohne sagen zu können, an wem er mehr "gehangen" habe. Er habe "eine schöne Kindheit gehabt". Der Vater sei "ihm vielleicht im Wesen ähnlich" gewesen; die Mutter beschrieb er mit weit ausfahrender Handbewegung als Frau von wuchtiger Statur mit großem Busen.
Nach Krieg und Gefangenschaft heiratete er vor 26 Jahren; seine Frau beschreibt er als sich selbst ähnlich, nur "rege sie sich leichter auf" als er, aber sie sei "eine gute Frau", obwohl sie ihm seinen Wunsch nach einer großen Familie nicht erfüllen konnte: nach 7 Fehlgeburten und einer Extrauteringravidität habe schließlich der Arzt von weiteren Versuchen abgeraten: so zogen sie bis zu deren vierten Lebensjahr die Tochter einer kranken Schwägerin bei sich auf.

Er erlebt den Beruf als "nicht zu hektisch und anstrengend" und habe viele Freunde unter den Kollegen, fürchte jetzt nur, der Krankheit wegen entlassen zu werden. Seiner Schilderung nach arbeitet er den ganzen Tag, weil er nach Arbeitsschluß noch seiner Frau, die allein ein kleines eigenes Geschäft führt, hilft. Er lese nicht, interessiere sich nicht für Fernsehen oder Musik, sein einziges Hobby sei sein schwerer Wagen.

Er gab "Ehrgeiz" als seine wichtigste Eigenschaft an, scheint sehr auf materielle Dinge fixiert zu sein.
Er beschreibt sich als selbstsicher, er könne sich auch wehren.

3.26 Herr K.

40 Jahre alt, verheiratet (eine 14-jährige Tochter), Karosseriebaumeister, seit 5 Jahren wegen eines M. Bechterew berentet.

M. Bechterew und M. Crohn entwickelten sich gleichzeitig, die Ileitis terminalis wurde 1973 bei einer Laparatomie unter Appendicitisverdacht diagnostiziert. 1974 war eine Ileumteilresektion mit Hemikolektomie rechts erforderlich, 1975 eine Re-Operation wegen einer Anastomosenfistel. Ende 1975 fand sich röntgenologisch kein pathologischer Befund im Verdauungstrakt; 1977 ließen sich Ileumsfisteln nachweisen, Anfang 1980 bestand ein rezidivierender Perianalabszeß. Die Hauptbeschwerden bestehen in 5 bis 6 wässrigen Stühlen am Tag; Schmerzzustände und Blutungen seien sehr selten; für den Patienten steht der M. Bechterew mit seinen Symptomen und Konsequenzen im Vordergrund.

Ein großer schwerer viereckiger Mann mit breitem, stark akzentuiertem Gesicht. Er wirkte ruhig und sympathisch-selbstsicher, saß breit und kantig im Stuhl, die Mimik in dem kräftigen schlaffen Gesicht war sehr schwach, die Gestik ebenso: er bewegte nur die Hände im Schoß. Er sprach langsam und bedächtig, Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz, wich dem Blickkontakt aus und fixierte stattdessen das Mikrophon. Auf seine Gefühle war er kaum zu bringen, er geriet immer wieder in Klagen über seine Gelenkschmerzen.

Er ist der älteste von drei Geschwistern; ein 2 Jahre jüngerer Bruder sei der Liebling des Vaters gewesen, es gab noch einen

6 Jahre kleineren Nachkömmling. Zu einer Beschreibung des Vaters war der Patient nicht fähig: er sei streng und kleinlich, vielleicht sogar geizig gewesen. Die 14 Jahre jüngere Mutter sei viel "weicher, liebevoller, und wärmer" gewesen. Die Kindheit sei nicht leicht gewesen, die Kinder hätten früh im elterlichen Betrieb mitarbeiten müssen: um dem zu entgehen, sei er mit 20 Jahren zur Mutter der Mutter umgezogen: von ihr schwärmte er fast und sprach über ihre "Vitalität und Jugendlichkeit". (Zum Tod seiner Mutter berichtete er nur, wie dieser Verlust die Großmutter getroffen habe.)

Er heiratete erst 5 Jahre später; von seiner Frau sprach er kalt und gepreßt: sie sei sein "genaues Gegenteil: spontan, extrovertiert, nicht grüblerisch, sogar nervös und hektisch". Er verbringe auch als Rentner kaum mehr Zeit zu Hause als früher: gehe dann eben spazieren oder segeln.

Er sieht sich als selbstsicher und fähig zu adäquater Aggression, aber als introvertiert, "einzelgängerisch", unspontan. Er "fresse alles in sich herein" und habe im Beruf sehr unter der Verantwortung als Vorgesetzter gelitten, obwohl er seine Aufgaben immer habe erfüllen können. "Innerlich" fühle er sich oft "nervös".

"Auslösende" Situationen waren nicht zu eruieren, er reagiere auch nicht "mit dem Darm" auf stress.

3.27 Herr Pe.

37 Jahre alt, verheiratet, eine 14-jährige Tochter. Beamter.

Die Symptome hätten vor 5 Jahren, nach einer "Generaluntersuchung", in deren Verlauf er bis zur Laparaskopie alles veranlaßt hatte, um erhöhte Leberwerte abklären zu lassen, begonnen: sie bestehen aus nicht allzu belästigenden Durchfällen und massivem Gewichtsverlust mit Schwächegefühl; eine Versetzung vom Außen- in den Verwaltungsdienst habe schon zu einer erheblichen Besserung geführt; er reagiere auf Aggressionen -wenn er sie, wie z. B. im Beruf, nicht äußern dürfe- mit Stuhldrang. Eine MDP war 1980 ohne pathologischen Befund, aus einer Rectumbiopsie wurde die Diagnose histologisch gesichert; vor 4 Monaten wurde eine Hemikolektomie rechts durchgeführt.

Ein mittelgroßer breiter dicker Mann mit breitem, etwas schwammigem Gesicht unter einer breiten Stirnglatze. Er saß ruhig und scheinbar selbstsicher und ungezwungen in seinem Stuhl und hielt den Blickkontakt. Gestik und Mimik waren nur schwach ausgeprägt; er sprach (Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz) anfangs aus Nervosität zu schnell und manchmal stockend, wie er selbst bemerkte. Er war hochgradig "alexithym", kam immer wieder weitschweifig klagend auf seine körperlichen Symptome zu sprechen und versuchte sogar, so unterwürfig-gefügig er sich sonst auch mir gegenüber verhielt, mich zu einer medizinischen Äußerung über seine Gelenkbeschwerden zu drängen.

Er hat noch eine um 2 Jahre ältere Schwester, mit der zusammen er allein mit der Mutter während des Krieges bei einem Onkel auf dem Lande aufwuchs. Er erinnere sich, in dieser Zeit der Liebling der Mutter gewesen zu sein, und führt ihre große Fürsorge für ihn auf eine komplikationsreich verlaufene Appendektomie zurück, die er als Kind habe durchmachen müssen. Er besuche die Mutter -sie wohne im Nachbarort- noch heute fast täglich und habe sich immer nach ihren Wünschen gerichtet und -um sie nicht zu verletzen- nie etwas gegen ihren Willen getan wie seine jüngeren Geschwister, die nach der Rückkehr des Vaters aus dem Krieg geboren wurden -mit 6 bzw. 8 Jahren Altersabstand zu ihm-.
Die Mutter schildert er als weich und liebevoll, auch wenn er vermute, daß sie den stilleren zurückgezogenen Vater ziemlich "eingemacht" habe - so verbot sie ihm Alkohol und Nikotin.

Er heiratete mit 18 Jahren; seine Frau sei sein Gegenteil: still und "der Typ, der alles in sich reinfresse"; zu seiner Beschämung benutze er sie oft als "Blitzableiter" seiner Gereiztheit. (Ich sah sie in der Ambulanz: eine unscheinbare kleine schüchterne Frau, unvorteilhaft und altbacken in Grau gekleidet.)

Er fühle sich eigentlich, auch wenn er "nicht so ruhig sei, wie er aussehe" selbstsicher und fähig zu adäquater Aggression, werde nur manchmal jähzornig, wenn er sich überreizt fühle.

3.28 Frau Sch.

24 Jahre alt, arbeitet als gelernter Großhandelskaufmann, lebt -keine Kinder- seit 3 Jahren mit ihrem Freund zusammen.

Schon als Kind habe sie bei Aufregungen Magenschmerzen bekommen; der M. Crohn ist seit 5 Jahren bekannt, er begann mit ständigen Durchfällen und Koliken, die sich seither unter Azulfidine und Corticoiden allmählich gebessert haben. 1977 stellte sich röntgenologisch das terminale Ileum und das Colon bis aufs Sigmoid als befallen dar, 1977 nur noch terminales Ileum und Querkolon.

Im Interview verhielt sich die Patientin, die selbstsicher und keineswegs ängstlich (allerdings in ihrer Selbstwahrnehmung und Intelligenz eingeschränkt) wirkte, wie wohl auch einem guten Freund gegenüber, bei dem man sich gründlich aussprechen kann. Sie hielt von sich aus den Blickkontakt, sprach schnell und fast ununterbrochen mit ausgeprägter Mimik und Gestik, saß kaum einen Augenblick ruhig und drang, sich weit vorbeugend, geradezu auf mich ein.

An ihre Kindheit habe sie "keine glückliche Erinnerung"; sie sei -mit 8 Jahren Altersabstand- das jüngste von 5 Kindern, ein ungewolltes "Nesthäkchen". Die Mutter beschreibt sie als dominant und kalt -so seien auf deren Geheiß zu Weihnachten nur Geldgeschenke gemacht worden-; Zärtlichkeiten zwischen den Eltern habe es "nie gegeben", sie habe bis zu ihrem siebenten Lebensjahr im Ehebett zwischen den Eltern geschlafen.

Den Vater beschreibt sie als "schwach", er habe "unterm Pantoffel" gestanden, und sie sei, als "Vaterkind", sein Liebling gewesen: worauf die Mutter, wie später auch ihren Freunden gegenüber, mit Eifersucht reagiert habe. Sie sei dort mit 21 Jahren ausgezogen, weil die Familie sich über das Testament des Vaters entzweit habe und weil sie Angst gehabt habe, die Mutter könne, wie schon früher einmal, die Beziehung zu ihrem Freund hintertreiben, mit dem sie seit 2 Jahren in einer Wohnung im Elternhaus gelebt habe.

Sie bezeichnet sich als selbstsicher, könne sich auch wehren, erlebt sich aber als "sehr nervös" und "fresse alles in sich herein: und das müsse dann ja irgendwohin": so habe sie auf

Aufregungen schon immer "mit dem Darm reagiert"; sie selbst sieht den Tod des Vaters vor einem Jahr, die darauffolgenden Erbstreitigkeiten und die Belastung durch den Beruf -den die Mutter ihr aufgezwungen habe- als auslösend für Verschlechterungen ihres Zustandes an.

3.29 Frau Ha.

31 Jahre, verheiratet, 2 Kinder (12 und 11 Jahre), Banklehre.

Sie erlitt nur einen Schub -Durchfall, Bauschmerzen, Übelkeit und Gewichtsverlust- im Winter 1975, ist seither unter Corticoidtherapie völlig beschwerdefrei. 1975 bestand eine Analfissur und eine perianale Fistel, röntgenologisch stellten sich 1978 schwere Verwachsungen und Stenosen des terminalen Ileums und des Coecums dar, es bestand eine ileocoecale Fistel. Gastroskopisch ließ sich kein pathologischer Befund erheben 1978 und 1979, histologisch bestand bei beiden Untersuchungen eine leichte, herdförmig akzentuierte Entzündung in Oesophagus, Antrum und Corpus, 1978 wurde ein typisches Granulom nachgewiesen. Auslösende Ereignisse waren nicht zu eruieren; sie reagiere auf stress auch nicht "mit dem Darm".

Ein langes, etwas pummeliges Mädchen in Jeans und Pullover, die Haare zum Pferdeschwanz gebunden, staksig und ungelenk in ihren Bewegungen und völlig verspannt und unsicher, "was hier von ihr erwartet würde": sie saß steif und angespannt, die Knie aneinandergepreßt und hielt sich an ihrer Tasche fest, die sie in den Schoß drückte. Sie war kaum zum freien Sprechen zu bringen, verlor immer wieder den Faden oder verwickelte sich in faktische Details und kicherte mit hochrotem Kopf wie ein Schulmädchen.

Sie hat noch eine 1 Jahr jüngere Schwester, mit der sie sich immer gut verstanden habe; die Eltern besitzen einen Bauernhof, auf dem Frau Ha. mit ihrer Familie auch heute noch mit ihnen lebt. Sie sei wohl der Liebling des Vaters gewesen als Kind; sie beschreibt ihn als still und in sich gekehrt: sie sei ihm in der Hinsicht sehr ähnlich. Die Mutter -10 Jahre jünger als der Vater- sei heute noch "attraktiv, beweglich und intelligent,

nicht eigentlich mütterlich", habe aber immer für die Kinder Verständnis gehabt. Sie erwärmte sich sehr, während sie ihre glückliche Kindheit schilderte, und verlor viel von ihrer Unsicherheit.

Ihren späteren Mann kannte sie schon lange und mußte ihn heiraten: sie schildert ihn als redselig und extrovertiert. Mit den Kindern habe sie keine Sorgen, wenn es in dem Doppelhaushalt Probleme gebe, könnten sie offen ausdiskutiert werden. Sie arbeitet heute noch aushilfsweise in der Bank, um nicht nur zu Hause zu sitzen, hat Kurse bei der Volkshochschule belegt, sei überhaupt viel unterwegs und pflege ihren großen Bekanntenkreis.

Mit der Aufforderung, sich selbst zu beschreiben, war die Patientin überfordert: sie würde sich eher als extrovertiert beschreiben, neige gar nicht zum Grübeln, fresse nichts in sich herein, könne auch angemessen aggressiv reagieren und fühle sich eigentlich sicher und zufrieden.

3.30 Frau Kn.

22 Jahre alt, ledig, Sachbearbeiterin.

Seit zwei Jahren leide sie in langen Intervallen unter Koliken und Durchfällen; vor einem Monat wurde unter der Verdachtsdiagnose Appendicitis eine Laparatomie durchgeführt, bei der sich eine Entzündung von Coecum, Appendix und terminalem Ileum zeigte. Jetzt ist sie wieder beschwerdefrei, röntgenologisch und endoskopisch ließ sich kein sicherer pathologischer Befund im Gastrointestinaltrakt erheben, histologisch besteht der Verdacht auf eine leichte Colitis Crohn ohne Nachweis von Granulomen. "Auslösende" Situationen waren nicht zu eruieren, sie reagiere allenfalls auf Ärger und Anspannung mit Magenschmerzen.
Eine große, etwas üppige Frau mit langen Haaren in einer Art "Wuschelkopffrisur", mit breitflächigem Gesicht und großem Mund: Frau Professor Heigl-Evers beschrieb sie als "Puppe mit Kulleraugen". Sie nahm in erster Linie aus Neugier an der Untersuchung teil -ihr Freund studiere Psychologie. Sie verhielt sich völlig unbefangen und völlig distanzlos, hielt den Blickkontakt, räkelte sich in ihrem Stuhl, als hätte sie nie woanders gesessen, sprach schnell und laut mit lebhafter

Mimik und Gestik, ein sehr saloppes undifferenziertes Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz und vielen Slangvokabeln ("doll", "irre"), und ließ oft Sätze, wenn ihr eine Formulierung nicht gelingen wollte, in einem Achselzucken oder einem "und so irgendwie" versanden. Ihre Emotionen konnte sie so kaum vermitteln, zumal sie dazu neigte, in lange Exkurse über Fakten und Details abzuschweifen.

Sie ist Einzelkind; beide Eltern sind berufstätig, so wuchs sie bei der Mutter des Vaters, zu der sie auch immer die engste Beziehung -neben der zum Vater- gehabt hatte, auf. Die Mutter verlor schon mit 13 Jahren die eigene Mutter; Frau Kn. beschreibt sie als "harten Typ", sie "stehe als Frau auf ihren eigenen Beinen", werde, auch wenn sie andererseits "sehr weich" sei, "mit allem fertig" und "behalte die Nerven", während der Vater mit seinen Gefühlen immer lange "hinterm Berg halte" und seit dem Tod seiner Mutter -die er "unheimlich vergöttert" habe- vor 4 Jahren und dem Selbstmord seiner Schwester vor Trauer weine und zur "Selbstzerstörung" neige.
Sie zog mit 17 Jahren in die Wohnung der verstorbenen Großmutter und ist sehr stolz auf ihren "eigenen Kopf" und ihre Selbständigkeit. Sie könne sich auch "sehr gut ärgern", sei aber in der Lage, ihre Aggressivität adäquat zu dosieren und zu modifizieren, empfinde dabei ein "nicht unangenehmes Leeregefühl".

Ihren ersten Geschlechtsverkehr -das folgende sind im wesentlichen Supervisionsergebnisse- habe sie mit 16 Jahren gehabt, ihren jetzigen Freund kenne sie schon seit 10 Jahren, sei seit 9 Monaten "fest" mit ihm zusammen. Sie wolle nicht "Sexualobjekt" sein und könne sich den Mann, mit dem sie schlafen wolle, durchaus "selbst aussuchen". Sie sei aber nicht "lottrig" und betrachte Liebe oder Verliebtsein als Grundlage und Voraussetzung der Sexualität.

3.31 Frau Br.

28 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder (6 und 4 Jahre), Hausfrau.

Die Krankheit äußert sich in Schmerzen und Durchfällen ohne Blut- und Schleimbeimengung, Symptome, mit denen sie schon

seit der Pubertät auf psychische Belastung, besonders auf Angst, reagiert habe. Die Diagnose wurde vor 3 Jahren, ein halbes Jahr nach der Geburt ihrer Tochter, intraoperativ und histologisch gestellt: es war zu einer Ileumstenose mit Perforation gekommen, so daß das terminale Ileum und das Coecum reseziert werden mußten. 1977 und 1978 fand sich röntgenologisch und endoskopisch kein Hinweis auf krankhafte Veränderungen im Verdauungstrakt -bis auf leichte Veränderungen im Rectum; histologisch fanden sich Granulome in Antrum und Rectum bei sehr geringer Entzündungsaktivität.

Sie sei die dritte von 4 Geschwistern; der Vater sei wegen Asthmas berentet und reagiere wie sie auf Aufregungen mit Durchfall: ein unberechenbarer launischer Haustyrann, dessen Härten die Mutter vergeblich zu mildern suche. Sie habe eigentlich immer Angst vor ihm gehabt; er bewachte seine Töchter eifersüchtig, tat alles, ihre Freunde zu vertreiben und spionierte hinter ihnen her, habe sie auch noch, als sie schon erwachsen war, geprügelt und geschlagen. Sie heiratete gegen seinen Willen, sobald sie volljährig war, seither bestehe fast kein Kontakt mehr zu den Eltern.

Ihren Mann beschreibt sie als "still", er "fresse alles in sich herein", halte aber treu zu ihr. Schwierigkeiten in der Ehe könnten offen und laut ausgetragen werden.

Ihr Sohn, das ältere Kind, steht in psychiatrischer Behandlung: er sei übermäßig aggressiv und habe Schulprobleme; die schreckliche Eifersucht, die er bei der Geburt seiner Schwester entwickelt habe, setzt sie in Beziehung zum Ausbruch ihrer Krankheit.

Sie wirkt klein und drahtig, ein wenig eckig und ungeschickt in ihren Bewegungen, aber schnell und selbstsicher: sie hält von sich aus den Blickkontakt, sitzt frei im Stuhl und spricht schnell und reichmoduliert mit adäquater Gestik und Mimik -allerdings mit kleinem Wortschatz-, berichtet auch, sich selbstbewußt und nicht unsicher zu fühlen, sie könne angemessen aggressiv reagieren und ihre Gefühle mitteilen: aber sie leide sehr unter ihrer "Nervosität", die sich sofort "auf den Bauch schlage", und unter ihrer Angst, die sie "immer das Schlimmste befürchten lasse" und sie schon aufs Äußerste spanne, wenn ihr Mann oder die Kinder nur zu spät nach Hause kämen: sie meint, das "vom

Vater geerbt" zu haben; ihr Mann halte dafür, daß sie von ihren Eltern "völlig neurotisch" gemacht worden sei. (Sie träume auch noch oft davon, vom Vater mißhandelt oder von ihrem Mann getrennt zu werden.)

3.32 Frau T.

27 Jahre alt, ledig, keine Kinder, lebt allein.
Abitur, arbeitet als Sachbearbeiterin.

Die Krankheit begann vor 10 Jahren mit Magenschmerzen; 1971 wurde histologisch die Diagnose eines M. Crohns des Magens gestellt; 1973 war nach dem Röntgenbild das terminale Ileum und das gesamte Colon befallen, 1975 bildeten sich zwei Vaginalfisteln; 1976 wurde eine Nierenamyloidose festgestellt, röntgenologisch war das terminale Ileum entzündet, das Colon in ausgedehntem Umfang geschrumpft und zwei Vaginalfisteln nachweisbar. Eine Schwangerschaft -mens V- mußte wegen der Cystostatikatherapie abgebrochen werden. Im Sommer 1979 war der Röntgenbefund unverändert; Ende dieses Jahres mußte eine weitere Gravidität in Mens III abgebrochen werden (die Patientin verwandte trotz bestehender Durchfälle orale Antikonzeptiva). Im Frühjahr 1980 fanden sich rektoskopisch Ulcera und erhöhte Lädierbarkeit der Darmwand, die Vaginalfisteln waren trotz fortbestehender Beschwerden nicht nachweisbar, die Gastroskopie erbrachte keinen pathologischen Befund.

Eine mittelgroße, eckig wirkende Frau in Jeans und Pullover. Sie trug die Haare lang und glatt; das Gesicht wirkte ein wenig kantig und scharf geschnitten. Sie verhielt sich ähnlich distanzlos-ungehemmt wie Frau Kn., räkelte sich in ihrem Stuhl und rauchte Kette. Sie hielt von sich aus den Blickkontakt und sprach flüssig und -auch in Mimik und Gestik- lebhaft. Ihr Wortschatz schien klein, von verwaschenen Slangausdrücken durchsetzt, zudem wich sie oft in "irgendwie's" und "und so's" aus: Sie konnte mir so ihre Gefühle nicht mitteilen, und ich scheiterte beim Versuch, mich in sie einzufühlen, und erlebte sie als "zackig und zerfleddert": ein Eindruck, den sie mir nach dem Gespräch bestätigte.

Zur dreieinhalb Jahre jüngeren Schwester habe sie ein gutes

Verhältnis gehabt. Sie wuchs in der DDR auf, wo der Vater als Korrespondent arbeitete, und habe das Leben dort geliebt, weil sie sich "geborgen" gefühlt habe und als angenehm erlebte, "daß alles so vorgezeichnet" war: sie habe auch lange mit Plänen zur Rückkehr dorthin gespielt. Die Kindheit sei "sehr schön und harmonisch" gewesen; die Eltern hatten beide gearbeitet; zur "strengeren aber nicht härteren Mutter" habe sie kein so inniges Verhältnis gehabt wie zum Vater, den sie "glatt geheiratet" hätte: die Mutter habe von "einem umgekehrten Ödipuskomplex" gesprochen: sie schwärmte von der "Einfühlsamkeit", "Klugheit" und "Toleranz" des Vaters und von seiner guten Ehe mit der Mutter.

Nach der Übersiedlung in die BRD habe sie sich gefühlt wie "einer, der noch nie mit Bakterien zu tun hatte" und deshalb jeder Infektion ausgeliefert ist.

Der berufliche Werdegang ist sprunghaft und verworren: eine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester brach sie ab, verfolgte dann nur nachlässig den Plan, Kindergärtnerin zu werden, und arbeitet jetzt als Sachbearbeiterin: sie sei im Augenblick sehr zufrieden mit ihrer Stelle.
Vor 15 Monaten habe sie eine dreijährige Beziehung -so lange sei sie noch nie mit einem Mann zusammengewesen- abgebrochen: traure aber ihrem Partner immer noch nach: er sei dem Vater "ein bißchen ähnlich: ritterlich und fürsorglich", er habe ihr "einen Halt gegeben" und sie "beschützt": sie habe ihn verlassen, weil es so "gleichförmig" geworden sei; sie habe "irgendwie raus" gewollt und "andere Männer kennenlernen."
Im letzten Jahr sei es zu einem erneuten kurzen "Techtelmechtel" mit ihm gekommen: sie sei schwanger geworden und über die notwendige Interruptio "immer noch nicht weg": sie wolle gern ein Kind haben und traue sich auch zu, es allein aufzuziehen. Seit einem Jahr lebe sie -"aus Berechnung", weil sie nicht habe allein sein wollen und weil sie mit ihm zum ersten Mal einen Orgasmus erlebt habe- mit einem anderen Mann zusammen, den sie nach ihrer Entlassung aus der Klinik verlassen wolle: sie fühle sich zu gereizt durch seine unbewegliche Unselbständigkeit, daß er "alles mit sich machen lasse" und sie so zwinge, alle Initiativen und Entscheidungen zu übernehmen.

Die Mutter habe ihre eigene Arbeit, ihre eigene Wohnung und ihren eigenen Freundeskreis: sie verstünden sich "im allgemeinen gut" miteinander.
Sie habe "eher zuviel Selbstbewußtsein" und "wolle im Mittelpunkt stehen"; sie erlebe sich nicht als unsicher, könne sich wehren und habe auch keine Angst vor neuen Aufgaben. Zuneigung und Beachtung anderer seien ihr "angenehm", aber "abhängig" sei sie davon nicht.

Sie berichtet von ihrer Erfahrung: "Mir geht's immer dann gut, wenn ich mit meiner Umwelt zufrieden bin". Die Krankheit begann im Jahr nach dem Auszug aus der DDR: "sie habe hier irgendwie unheimlich Angst gehabt", die neue Umgebung habe sie "ein bißchen kaputtgemacht". 1972 starb der Vater, 1975 die Schwester an einem Unfall; beide Male habe sie zuerst der Mutter helfen müssen und sich nicht "gehn lassen können", die körperlichen Beschwerden hätten sich erst "hinterher", als "der Druck vorbei war", verschlimmert.
Ein Viertel-Jahr nach Beginn der dreijährigen Beziehung sei es ihr "prächtig" gegangen und sei so geblieben, bis sie sich von ihrem Freund trennte. Jetzt hatte sie sich vor der stationären Aufnahme mit der Mutter zerstritten, sie fühle sich "down" und "trauere der Beziehung (zu ihrem langjährigen Freund) nach"; und sie kämpfte mit dem Entschluß, sich von dem neuen Freund zu trennen, verzögerte deshalb auch ihre Entlassung aus der Klinik um einige Tage.

3.33 Frau N.

15 Jahre alt, Hauptschülerin, lebt allein bei den Eltern.

Seit anderthalb Jahren habe sie in Schüben auftretende Durchfälle; Blut sei nur am Anfang und in der letzten Zeit beigemengt gewesen. Eine Koloskopie gelang 1980 bis zu einer Höhe von 50 cm, dabei stellte sich das Colon ab 40 cm Höhe als befallen dar, die Diagnose ist histologisch gesichert. Auslösende Ereignisse waren nicht zu eruieren, sie reagiere auch nicht "mit dem Darm" auf stress.

Ein großes staksiges blasses mageres Mädchen mit einem Bubikopf: ich hätte sie auf 11 oder 12 Jahre geschätzt - sie wollte auch

auf meine Frage hin lieber noch geduzt werden. Sie wirkte wohlerzogen und gehorsam-schüchtern, aber gewandt und selbstsicher genug, sich auch in der ungewohnten Interviewsituation ohne Zeichen von Unruhe angemessen zu verhalten. Sie saß gerade, aber nicht verspannt, die Hände in den Schoß gelegt. Sprachmodulation, Mimik und Gestik waren schwach ausgeprägt; sie sprach dialektgefärbtes Hochdeutsch mit kleinem Wortschatz, konnte ihre Emotionen nicht vermitteln und wich auf faktische Details aus, hielt aber den Blickkontakt. Auf mich wirkte sie sehr "flach und farblos", ein zu gut erzogenes Kind.

Sie habe noch eine 4 Jahre jüngere Schwester, mit der sie gut auskomme, die Mutter arbeite halbtags. Sie hatte Schwierigkeiten, die Eltern zu beschreiben, so daß ich Formulierungen vorgeben mußte: sie strahlte aber richtig übers ganze Gesicht, als sie von dem Vater, dessen Lieblingskind sie sei, sprach: er sei lieb und verständnisvoll, könne seine Gefühle zeigen. (Er scheint sehr an seiner Mutter "gehangen" zu haben, die im selben Haus wohnte und 9 Monate nach der Geburt der Patientin starb.) Die Mutter sei weich; sie könne den Eltern alles erzählen. Freundinnen habe sie genug, ist im Augenblick aber -wohl infolge ihres Reiferückstandes- sehr oft allein: liest, sieht Fernsehen und arbeite freiwillig für die Schule; sie sei eine gute Schülerin, weil Lernen ihr Spaß mache, sei aber trotzdem vor jeder Prüfung entsetzlich nervös. Von ihren reiferen Klassenkameradinnen sprach sie neidisch-abschätzig, aber unbefangen und offen; die Menarche fand erst vor 4 Monaten statt und seither sistiert die Periode wieder, sie sei aber zu Hause und in der Schule aufgeklärt worden, habe keine Angst und keine Beschwerden gehabt und fürchte sich auch nicht davor, erwachsen und Frau zu werden.

Sie fühle sich -auch jetzt in der Krankheit- nicht verhätschelt oder verzogen, könne ihre Sorgen den Eltern mitteilen, achte aber auch auf ihre Selbständigkeit. Sie sieht sich eher als "praktisch" als als "phantasievoll" und erlebe sich als selbstsicher; sie könne sich auch wehren.

3.34 Frau M.

21 Jahre alt, lebt noch bei den Eltern. Außenhandelskaufmann, arbeitet als Angestellte.

Vor 4 Jahren habe sie zum ersten Mal Bauchschmerzen und Durchfälle ohne Blut- und Schleimbeimengung gehabt, die Symptome hätten sich vor 3 Jahren wiederholt, jetzt habe sie nach einem Harnwegsinfekt Durchfälle bekommen. 1977 wurde unter Verdacht auf Appendicitis eine Laparatomie durchgeführt, dabei erwies sich das terminale Ileum als entzündet. Röntgenologisch stellten sich terminales Ileum und Coecum als befallen dar. 1979 war röntgenologisch eine Schrumpfung von Coecum und terminalem Ileum feststellbar; eine Gastroskopie Anfang 1980 erbrachte keinen pathologischen Befund, der Histologe äußerte den Verdacht auf M. Crohn in Antrum und Duodenum.
Sie ist jetzt wieder symptomfrei; auslösende Situationen ließen sich nicht eruieren, sie reagiere auch nicht "mit dem Darm" auf stress.

Ein schüchternes mittelgroßes blasses Mädchen mit dunklem Bubikopf. Sie verhielt sich wie in einem Examen, saß stocksteif gerade im Stuhl, die Beine eng zusammengestellt, wich dem Blickkontakt aus, nestelte ständig an ihrer Halskette oder spielte mit den Fingern. In den langen Gesprächspausen sah sie immer wieder aufs Mikrophon, so daß ich, in der Hoffnung, sie doch noch entspannen und zum freien Reden bringen zu können, den Kassettenrecorder schließlich abschaltete: es blieb aber beim "Würmerziehen". Zudem schien sie in ihrem Denken auf faktische Details fixiert und zur Eigenwahrnehmung nicht allzu geschickt.

Sie ist Einzelkind und sei sehr verwöhnt worden. Mit den Eltern komme sie sehr gut aus, konnte sie aber kaum beschreiben.

Ihr Freund, ein italienischer Psychologiestudent, sei sehr ruhig und ausgeglichen, könnte sie auch beruhigen. Sie kennen sich seit zweieinhalb Jahren und wollen in einem halben Jahr, nach seinem Examen, zusammenziehen: die Eltern hätten ihn als Schwiegersohn akzeptiert.

In ihren Beruf sei sie so "reingeschlittert", sie habe keinen besonderen Ehrgeiz, wolle den Beruf auch, wenn sie einmal Kinder habe, aufgeben.

Auch sich selbst konnte sie nur mit Hilfe vorgegebener Formulierungen beschreiben: sie sei selbstsicher, könne sich auch durchsetzen und ihre Aggressionen äußern. Sie sei "mehr nach außen orientiert" und glaube nicht, daß sie auch allein leben könnte.

4.0 Literaturverzeichnis

F. Alexander:
Studies in psychosomatic medicine, New York 1948

F. Alexander:
Psychosomatische Medizin, Berlin 1977

R.W. Ammann in
Gastroenterology, Ed. Henry L. Bockus, 2nd Ed., Philadelphia 1964, Vol. II, p. 226-310

Herrmann Argelander:
Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt 1970

G. Armitage:
Crohn's disease, survey of literature and report on 34 cases; Brit. J. Surg. 38, 182-193, 1950

M. Bellini:
Studio comparativo della somatizzazione gastrica ed intestinale di conflitti psichici; Minerva Medica, 65, 1043-1065, 1974

G. Blackburn:
Regional ileitis; St. Bartholomew's Hosp. Report, London, 72, 181-224, 1939

H.L. Bockus:
Present status of chronic regional cicatrizing enteritis; J. Amer. Med. Ass., 127, 449-456, 1945

W. Bräutigam:
Über die psychosomatische Spezifität des Asthma bronchiale; Psyche 8, 481-524, 1954/55

E.M. Cohn:
Regional enteritis and it's relation to emotional disorders; Am. J. of Gastroenterology, 54, 378-387, 1970

R.W. Crocket:
Psychiatric findings in Crohn's disease; Lancet 1, 946-949, 1952

B.B. Crohn:
Reflections on regional ileitis, twenty years later; J. Amer. Med. Ass., 156, 1221-1225, 1954

Burrill B. Crohn and Harry Yarnis:
Regional Ileitis, 2nd Ed., New York 1958

G.L. Engel:
Studies of ulcerative colitis III: The nature of the psychological process; Am. J. Med., 19, 231-256, 1955

G.L. Engel:
Biologic and psychologic features of the ulcerative colitis patient; Gastroenterology, 40, p. 313-322, 1961

G.L. Engel:
Psychological processes and gastrointestinal disorders; in: Moses Paullson, Gastroenterologic Medicine, Philadelphia 1969

G.L. Engel:
Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit; Bern 1976

G.A. Fava:
Large bowel disorders, II. Psychopathology and alexithymia; Psychother. Psychosom., 27, 100-105, 1976

F. Feldmann:
Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with regional ileitis; Brit. Med. J., 4, 711-714, 1967

A. Feline:
Aspects psychiatriques de la Maladie de Crohn; Sem. Hop. Paris, 55, 11-12, 564-566, 1979

Ch.V. Ford:
A psychiatric study of patients with regional enteritis; J. Amer. Med. Ass., 208, 311-315, 1969

S. Freud:
Trauer und Melancholie, Fischer Studienausgabe, Frankfurt a. M. 1969

H. Freyberger:
Psychosomatik in der Gastroenterologie; Z. Gastroenterol., 16, 217-228, 1978

H. Freyberger:
Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei Colitis ulcerosa und M. Crohn; Deutsches Ärzteblatt, Heft 43, 2731-2733, November 1980

H. Freyberger in
Colitis ulcerosa und granulomatosa, Ed. Carl Krauspe, München-Berlin-Wien 1972, p. 25-31 und p. 265-341

Alois Maria Fürmaier:
Zur Psychodynamik des Morbus Crohn; Diss. Med. Tübingen, 1979 -Kurzfassung in: A.M. Fürmaier: Zur Psychodynamik des Morbus Crohn; Materialien zur Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Therapie, VII, 3, 1980

B.G. Gazzard:
The social toll of Crohn's disease; Brit. Med. J., 2, 1117-1119, 1978

B. Gerbert:
Psychologic aspects of Crohn's disease; J. Behav. Med., 3 (1), 41-58, 1980

D. Goldberg:
A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine; Gut, 11, 459-465, 1970

W.J. Grace:
Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases; Psychosom. Med., 14, 243-251, 1952

W.J. Grace:
Life stress and regional enteritis; Gastroenterology, 23, 542-553, 1953

J.D. Gryboski:
Eleven adolescent girls with severe anorexia: Intestinal disease or anorexia nervosa?; Clin. Pediatrics, 7, 684-690, 1968

J.G. Hislop:
Onset setting in inflammatory bowel disease; Med. J. Australia, 1, 981-984, 1974

T. Hunt:
Crohn's disease; Trans. Med. Soc. London, 81, 87-89, 1965

F.J. Ingelfinger:
The prognosis of benign intestinal conditions; Read at the annual meeting of the association of life insurance medical directors of America, Oct. 11-12, 1951

Roland Jost:
Ist die Ileitis terminalis eine psychosomatische Krankheit?; Diss. Med. Mainz 1968

J.B. Kirsner:
Inflammatory bowel disease; Am. J. Gastroenterology, 69, 253-271, 1978

J. Kounty:
Expérience clinique et chirurgicale dans 70 cas de maladie de Crohn; Acta Chir. Belgica, 67, 981-1010, 1968

I.A. Kraft:
A psychiatric study of children with diagnosis of regional ileitis; Southern Med. J., 57, 799-802, 1964

D. Langen:
Ist die Ileitis terminalis eine psychosomatische Krankheit?; Therapeutische Umschau, 26, 11-15, 1969

P.R. Latimer:
Crohn's disease: a review of the psychological and social outcome; Psychological Medicine, 8, 649-655, 1978

H.L. Levitan:
Implications from an unusual case of multiple psychosomatic illness; Psychosom., 30, 211-215, 1978

P. Marty:
L'investigation psychosomatique, Paris 1957

F.P. McKegney:
A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease; Psychosom. Med., 32, 153-166, 1970

B.S. Mersereau:
Regional ileitis in depressed patients; Am. J. Psychiatry, 119, 1099-1100, 1963

A. Mitscherlich:
Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung, Psyche, 7, 561-578, 1953/54

A. Mitscherlich:
Die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens; Psyche, 15-25, 1, 1961/62

Melitta Mitscherlich:
Ein Beitrag zur Frage der Alexithymie; Therapiewoche 26, 909-915; 1976

M. Monk:
An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore I; Gastroenterology, 53, 198-210, 1967

M. Monk:
An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore II; Gastroenterology, 56, 847-857, 1969

M. Monk:
An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore III; J. chron. Dis., 22, 565-578, 1970

H.L. Parfitt:
Psychiatric aspects of regional enteritis; Canad. Med. Ass. J., 97/1, 807-811, 1967

J.W. Paulley:
Regional ileitis (Letter); Lancet i, 254, 923, 1948

J.W. Paulley:
Chronic diarrhea; Proc. Royal Soc. Med., 42, 241, 1949

J.W. Paulley:
Crohn's disease: treatment by corticosteroids, antibiotics and psychotherapy; Psychother. Psychosom., 19, 111-117, 1971

J.W. Paulley:
Chasing the cause of Crohn's disease (Letter); Brit. Med. J., 1, 1410, 1977

J.L. Preel:
Les colites et iléocolites de Crohn; These Medicine, Paris, 420 p., 1973

R.H. Rahe:
Social stress and illness-onset, J. Psychosom. Res., 8, 35-44, 1964

Werner Rein:
Kontrollierte psychosomatische Studien an Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar unter besonderer Berücksichtigung geschlechts- und krankheitsspezifischer Unterschiede; Diss. Med. Tübingen 1975

J.B. Reinhart:
Regional enteritis in psychiatric patients, J. Am. Acad. Child Psychiatry, 7, 252-281, 1968

M.D. Riemer:
Ileitis - underlying aggression conflicts; New York State J. Med., 60, 552-557, 1960

R.A. Savitt:
Conflict and somatisation: psychoanalytic treatment of the psychophysiologic response in the digestive tract; Psychoanalyt. Quarterly, 46, 605-622, 1977

H. Schultz-Hencke:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1969

M. Schur:
Comments on the metapsychology of somatization, In: The psychoanalytic study of the child, 10, 119-164, 1955

B.F. Sheffield:
Crohn's disease: a psychosomatic illness?; Brit. J. Psychiatry, 128, 446-450, 1976

P.E. Sifneos:
The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients; Psychother. Psychosom., 22, 255-262, 1973

M. Sperling:
The psychoanalytic treatment of a case of chronic regional ileitis; International Journal of Psychoanalysis, 41, 612-618, 1960

W.A. Stewart:
Psychosomatic aspects in regional ileitis; New York State J. Med., 49, 2820-2824, 1949

N. Ward:
Regional enteritis; Gastroenterology, 26, 347-350, 1954

P.C. Whybrow:
Emotion and ileitis (Letter); Brit. Med. J., 1, 708, 1067

P.C. Whybrow:
Regional ileitis and psychiatric disorder; Psychosom. Med., 30, 209-221, 1968

P.C. Whybrow:
Psychic factors and Crohn's disease. An overview in: Emotional factors in gastrointestinal illness, ed. A.E. Lindner, New York 1973, p. 82-98

Fritz M. Willke:
Psychosomatische Untersuchungen an Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn unter Berücksichtigung der prämorbiden Persönlichkeit (Fragebogen nach v.Zerssen) und der Biographie (semistrukturiertes Interview); Diss. Med. Tübingen 1975

Literaturreferate geben Gerbert und Latimer: sie setzen sich jeweils kritisch mit denselben 20 Autoren auseinander.

Lebenslauf

Ich wurde am 1. April 1957 als Sohn der Eheleute Gertrud und Dr.jur. Franz Burtscheidt in Neuß geboren und besuchte dort nach der Grundschulzeit vom Herbst 1966 bis zum Abitur 1975 den altsprachlichen Zweig des Quirinusgymnasiums.
Vom Wintersemester 1975/76 bis zur Ärztlichen Prüfung im November 1981 studierte ich an der Universität Düsseldorf Medizin, habe in der dortigen Universitätsklinik auch den Dritten klinischen Studienabschnitt (mit dem Wahlfach Psychiatrie) absolviert.
Im Dezember 1981 wurde ich zum Grundwehrdienst eingezogen und arbeite jetzt als Truppenarzt.

UNIV. LIBRARY